



**Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva**

KÉTILA DE SOUSA SALES

Estratégia Saúde da Família:
Processo Histórico da Implantação na
IX Região Administrativa - Ceilândia - Distrito Federal

Ceilândia/DF
2013

Ficha Catalográfica

Sales, Kétila de Sousa, 1986-
Estratégia de Saúde da Família: processo histórico da
implantação na IX Região Administrativa - Ceilândia - Distrito
Federal/Kétila de Sousa Sales. -2013.
96 f. : il. color. ; 30 cm
Orientadora: Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira
Trabalho de conclusão de curso de graduação - Faculdade de
Ceilândia, Universidade de Brasília, Curso de Graduação em
Saúde Coletiva, 2013.
1. Atenção Básica. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Agentes
Comunitários de Saúde. I. Parreira, Clélia Maria de Sousa
Ferreira. II. Universidade de Brasília. Curso de Graduação em
Saúde Coletiva. III. Estratégia de Saúde da Família: processo
histórico da implantação na IX Região Administrativa -
Ceilândia - Distrito Federal.

KÉTILA DE SOUSA SALES

Estratégia Saúde da Família:

Processo Histórico da Implantação na

IX Região Administrativa - Ceilândia - Distrito Federal

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira

Ceilândia/DF
2013

KÉTILA DE SOUSA SALES

Estratégia Saúde da Família:

Processo Histórico da Implantação na
IX Região Administrativa - Ceilândia - Distrito Federal

Monografia apresentada ao Curso de
Graduação em Saúde Coletiva, da
Faculdade de Ceilândia da Universidade
de Brasília, como requisito para a
obtenção do Grau de Bacharel em Saúde
Coletiva.

Aprovada em 19 de julho de 2013.

Comissão Examinadora:

Orientadora: Prof^a Dr.^a. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira
Universidade de Brasília

Prof^a Carla Pintas Marques
Universidade de Brasília

Prof^o José Antônio Iturri de La Mata
Universidade de Brasília

*O que parecia ser distante ou até
mesmo impossível está se realizando!*
*Dedico esta monografia a todas as pessoas
que de alguma forma me ensinaram que por mais
difícil que fosse o caminho a percorrer deveria
prosseguir, pois lá na frente quando esse
caminho já estivesse no final, olharia
para trás e me sentiria vitoriosa.*

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus, a quem devo a minha vida, que faz o impossível se tornar possível, por me dar forças e sempre estar ao meu lado guiando esta caminhada e por permitir a realização de mais um sonho.

Aos meus pais, Aldeni e Rosa, pelo amor e por estarem sempre ao meu lado nos momentos mais difíceis dessa jornada e por serem fundamentais para que eu cumprisse mais essa etapa da minha vida.

Ao meu irmão, Cássio e minhas primas, Deiziele, Elaine, Mailane e Tânia pelo apoio e por serem pessoas muito especiais na minha vida, que me ensinaram muitas coisas e uma delas é que devemos aproveitar todos os momentos de nossas vidas ao máximo, por mais simples que sejam, pois o que realmente importa é poder estar ao lado de quem amamos e de quem nos quer bem. Obrigada por fazerem parte da minha vida!

Em especial a minha amiga Priscila Lustosa, pois no momento em que resolvi desistir deste sonho ela me deu forças para tentar nem que fosse pela última vez e foi assim que tive a oportunidade de poder estar aqui agradecendo não só por isso, mas por tudo que vivemos juntas.

A todos os amigos e amigas, em especial a Jéssica, Kauane, Kelly, Laís, Lorena, Mariana e Vanessa por estarem ao meu lado tanto nos momentos bons quanto nos ruins, sempre me mostrando que por mais difíceis que fossem os obstáculos eu nunca estaria sozinha. Obrigada por sempre estarem ao meu lado me dando forças!

A todos os professores do curso que foram tão importantes na minha vida acadêmica e na realização deste trabalho. Obrigada por todos os ensinamentos!

Enfim, é com amor e carinho que ofereço os meus sinceros agradecimentos a todos que de alguma forma contribuíram para esse momento tão especial.

“O cuidar de uma pessoa se traduz na atenção que tem como perspectiva a globalidade e não a identificação do sintoma. Isso não quer dizer negar os sintomas, mas capacitar à instituição para, ao compreender e dialetizar essa expressão, ir ao encontro de uma história [...]”

Nicácio

Lista de Siglas

AB - Atenção Básica;

ACS - Agente Comunitário de Saúde;

APS - Atenção Primária em Saúde;

CIB - Comissão Intergestores Bipartite;

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde;

DAB - Departamento de Atenção Básica;

ESF - Estratégia Saúde da Família;

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica;

PNAS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde;

PNH - Política Nacional de Humanização;

PSF - Programa Saúde da Família;

RA - Região Administrativa;

RAS - Rede de Atenção à Saúde;

SUS - Sistema Único de Saúde;

USF - Unidade de Saúde da Família.

Lista de Figuras

Figura 1: Diferenças entre as redes de atenção às condições crônicas e às condições agudas. 27

Figura 2: Mapa com a distribuição das unidades de saúde de Ceilândia. 34

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Crescimento populacional no DF e Ceilândia no período de 2007 à 2011. 35

Gráfico 2: Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde no DF e em Ceilândia no período de 2007 à 2011.. 37

Lista de Quadros

Quadro 1: Comparativo das respostas entre as condições agudas e as condições crônicas. 26

Quadro 2: Unidades de Saúde vinculadas a Regional de Saúde de Ceilândia. 32

Quadro 3: Crescimento populacional do DF e Ceilândia no período de 2007 à 2011. 35

Quadro 4: Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde no DF e em Ceilândia no período de 2007 à 2011. 36

Quadro 5: Proporção da população coberta pela Estratégia Saúde da Família na Ceilândia no período de 2007 à 2011. 37

Sumário

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO..... | 13 |
| CAPÍTULO I – OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 15 |
| 1.1 Política Nacional de Atenção Básica..... | 15 |
| 1.1.1 As contribuições das políticas de Humanização e de Promoção da Saúde para a qualificação da atenção | 19 |
| 1.1.2 Política Nacional de Humanização | 19 |
| 1.1.3 Política de Promoção da Saúde | 20 |
| 1.2 Histórico da estruturação do modelo de atenção à saúde no Brasil..... | 21 |
| 1.2.1 Criação do PACS | 21 |
| 1.2.2 Criação do PSF | 22 |
| 1.2.3 Redes de Atenção à Saúde | 25 |
| CAPÍTULO II – DA PESQUISA, SEUS OBJETIVOS E METODOLOGIA..... | 28 |
| 2.1 Objetivos..... | 29 |
| 2.2 Metodologia..... | 30 |
| CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 31 |
| 3.1 Caracterização do território e da Rede de Atenção à Saúde de Ceilândia | 31 |
| 3.2 Crescimento populacional..... | 35 |
| 3.3 As Equipes de Saúde da Família e o PACS | 36 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 39 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 41 |
| ANEXOS | 45 |

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de reorientação do modelo assistencial que visa complementar todos os ciclos de vida do ser humano. A formulação da Estratégia Saúde da Família incorporou os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – desenvolvendo-se a partir da equipe de Saúde da Família (ESF) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área. O objetivo deste estudo é caracterizar o processo de implantação da ESF na IX Região Administrativa - Ceilândia no período de 2007 a 2011. Trata-se de um estudo de pesquisa bibliográfica que busca analisar eventos que já tenham ocorrido com o objetivo de conhecer as diferentes contribuições científicas acerca do tema para assim caracterizar o território e a rede de atenção à saúde na Ceilândia, mapear a condição da ESF e analisar de que forma ela está organizada dentro do território. A busca pelos dados secundários foi realizada durante o período de junho e julho de 2013, nas bases de dados como Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Scientific Electronic Library Online – SCIELO, manuais, guias técnicos e Legislações do Ministério da Saúde (MS). Na análise documental acerca da constituição sócio-histórica da saúde da família em Ceilândia no período de 2007 a 2011 foram utilizados dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Foram levantados dados acerca da cobertura populacional da ESF no Distrito Federal e em Ceilândia, número de equipes completas e não completas e cobertura ano a ano de implantação das equipes. A organização dos dados foi realizada através de tabelas e gráficos que foram comparados e analisados buscando compreender a evolução do processo de implantação das equipes de saúde da família e se esse quadro é suficiente para a população da Ceilândia.

Palavras-chaves: Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

The - Estratégia Saúde da Família - Family Health Strategy is a model model reorientation that aims to complement all the cycles of human life. The formulation of the Family Health Strategy has incorporated the basic principles of the SUS - universal, decentralization, completeness and community participation - developing itself from the equipe de Saúde da Família (ESF) - Family Health Team (FHT) working with defined coverage area, assignment of customers , registration and monitoring of the area population. The aim of this study is to characterize the process of implementation of the ESF Administrative Region IX - Ceilândia in the period 2007-2011. This is a study based on precedent researches of literature that seeks to analyze events that have already occurred in order to meet the different scientific contributions on the subject so as to characterize the territory and the network of health care in Ceilândia map the condition of the ESF and analyze how it is organized within the territory. The search for secondary data was held during June and July 2013, in databases as Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - Virtual Health Library - VHL, Scientific Electronic Library Online - SCIELO, manuals, technical guides and Legislation of the Ministério da Saúde (MS) - Ministry of Health (MOH). In document analysis on the socio-historical constitution of family health in Ceilândia from 2007-2011 were used data from the Information - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - System of Primary Care (SOPC). The data collected showed the coverage of the ESF in Distrito Federal and Ceilândia, number of complete teams and not complete and cover every year of deployment teams. The organization of the data was performed using charts and graphs that were compared and analyzed in order to understand the progress of implementation of family health teams and if this picture is enough for the population of Ceilândia.

Key-words: Primary, Family Health Strategy and Community Health Worker.

INTRODUÇÃO

Embora a maior parte dos países utilize a denominação Atenção Primária em Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) prefere respeitar a história de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas lutas contra hegemônicas, mantendo o uso do termo Atenção Básica (AB).

Buscando estabelecer uma revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. De acordo com a PNAB esta portaria define a organização de Redes de Atenção a Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Dentre os atributos básicos da RAS destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema e constituída de equipe multidisciplinar atendendo as necessidades de saúde da população.

Para o fortalecimento da AB é importante desenvolver processos de educação permanente para os trabalhadores e obter profissionais com formação e perfil adequado às necessidades de saúde da população, contando com médicos generalistas e de saúde da família, mas com formação baseada nos princípios da atenção básica em saúde, pois sem formação clínica específica e consistente a AB pode ficar restrita a triagem ou encaminhamento. Além disso, para consolidar AB como porta de entrada do serviço com a garantia de vínculo e responsabilização pelo cuidado as unidades de saúde precisam de instalações físicas adequadas, com equipamentos e insumos necessários para a qualidade dos serviços prestados.

A ESF foi implantada com o intuito de reorganizar o SUS, onde cada equipe de ESF tem o objetivo de conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis. Dessa forma, foi elaborada uma revisão da literatura com o objetivo de caracterizar o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família na IX Região Administrativa - Ceilândia no período de 2007 a 2011.

Nesta pesquisa foram identificados aspectos com relação à cobertura da ESF no Distrito Federal e em Ceilândia; a quantidade de equipes completas e não completas constituídas no Distrito Federal e em Ceilândia; a implantação e desenvolvimento da ESF no Distrito Federal e em Ceilândia; e um levantamento demográfico da população da Ceilândia a

fim de apresentar o crescimento populacional dessa região. Todos esses aspectos contribuíram para a construção de um mapeamento histórico da implantação da ESF na IX Região Administrativa - Ceilândia.

CAPÍTULO I – OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

As modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionando chamar de Reforma Sanitária (BRASIL, 1987, p.381).

A reorganização dos serviços básicos se inscreveu no projeto de Reforma Sanitária brasileira desde a década de 1970, quando, no processo de democratização do país, um movimento sanitário envolvendo estudantes, profissionais de saúde, residentes, professores de departamentos de medicina preventiva social, além de técnicos engajados dos ministérios setoriais, defendeu a unificação do sistema de saúde e valorizou o primeiro nível de atenção (ESCOREL, 1999).

Após vários anos privilegiando a atenção hospitalar a AB passou a ser área de concentração de esforços, programas e investimentos, com a criação de incentivos financeiros federais calculados e transferidos em base per capita.

O conteúdo constitucional do SUS está descrito em duas leis orgânicas, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, dispositivos relacionados com o direito universal, relevância pública, unicidade, descentralização, financiamento, entre outros, enfatizando a definição das atribuições de cada esfera de governo dentro do novo sistema e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que descreve sobre o caráter, as regras de composição, regularidade de funcionamento das instâncias colegiadas do SUS – o conselho e a conferência de saúde – e transferências intergovernamentais de recursos.

1.1 Política Nacional de Atenção Básica

Buscando estabelecer uma revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS) o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

De acordo com a PNAB a AB tem como princípios e diretrizes: ter território adscrito sobre o mesmo em consonância com o princípio da equidade; possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; coordenar a integralidade em seus vários aspectos; estimular a participação dos usuários ampliando sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Conforme normatização vigente do SUS esta portaria define a organização de Redes de Atenção a Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Dentre os atributos básicos da RAS destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema e constituída de equipe multidisciplinar atendendo as necessidades de saúde da população.

Para contribuir com o funcionamento das RAS a AB deve cumprir algumas funções: ser base, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e gerindo projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS; e ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade.

Com relação à infraestrutura e funcionamento da AB nos municípios e Distrito Federal são necessárias: Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS; manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos da UBS; existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o seu funcionamento incluindo dispensação de medicamentos; equipes multiprofissionais que trabalhem em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população; cadastro atualizado dos profissionais que compõem a equipe de AB no sistema de cadastro nacional vigente; garantia pela gestão municipal, de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; e garantia pela gestão municipal, dos fluxos definidos na RAS entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações

tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

Quanto à educação permanente das equipes de AB a PNAB sugere que além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”. É importante diversificar esse repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras etc.

Reconhecendo o caráter da educação permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar às ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

São características do processo de trabalho das equipes de atenção básica: definição do território de atuação das UBS e das equipes; programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência; desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais; realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade; prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita; realizar atenção à saúde na UBS, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada; desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população; a constituição de vínculos solidários; a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras; participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade,

dificuldades e possibilidades analisadas; desenvolvimento de uma atenção integral; e realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção.

Para implantação e credenciamento das equipes de AB os municípios e o Distrito Federal deverão: realizar projeto(s) de implantação das equipes de Saúde da Família, das equipes de agentes comunitários de saúde, das equipes de AB para populações específicas; aprovar projeto elaborado nos Conselhos de Saúde dos municípios e encaminhá-lo à sua instância regional para análise; cadastrar os profissionais das equipes, previamente credenciadas pelo Estado conforme decisão da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no SCNES, e alimentar os dados no sistema de informação que comprove o início de suas atividades, para passar a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas; e solicitar substituição, no SCNES, de categorias de profissionais colocados no projeto inicial caso exista a necessidade de mudança.

Caberá as Secretarias Estaduais de Saúde e o Distrito Federal, no tocante à implantação e credenciamento das equipes: analisar e encaminhar as propostas de implantação das equipes elaboradas pelos municípios e aprovadas pelos Conselhos Municipais à CIB; após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde o número de equipes, suas diferentes modalidades e composições de profissionais com as respectivas cargas horárias que farão jus ao recebimento de incentivos financeiros da atenção básica; submeter à CIB, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das equipes nos sistemas de informação nacionais; submeter à CIB o fluxo de credenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das equipes, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada; e responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, controle e avaliação da utilização dos recursos de incentivo dessas equipes.

1.1.1 As contribuições das políticas de Humanização e de Promoção da Saúde para a qualificação da atenção

Buscando colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Promoção da Saúde.

1.1.2 Política Nacional de Humanização

De acordo o Portal da Saúde do Ministério da Saúde a PNH foi lançada em 2003 com o objetivo de contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização; fortalecer iniciativas de humanização existentes; desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção; aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão; e implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.

De acordo com a PNH entende-se por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a coresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão.

Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS hoje ainda enfrenta: fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; sistema público de saúde burocratizado e verticalizado; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe; desrespeito aos direitos dos usuários; formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde; controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS; e Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

A Humanização implica: traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Para sua operacionalização no SUS estão previstas: a troca e a construção de saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais; a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde; o pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede; o resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde; e a construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

1.1.3 Política de Promoção da Saúde

Alguns anos depois a Portaria nº 687/GM de 30 de março de 2006 aprova a Política de Promoção da Saúde considerando a necessidade de implantação de diretrizes e ações para Promoção da Saúde em consonância com os princípios do SUS.

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde de 2010 entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas.

Na Constituição Federal de 1988, o estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do estado no País, entre os quais a saúde (BRASIL, 1988).

Neste contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação.

Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência a saúde (OPAS/OMS, 1978).

1.2 Histórico da estruturação do modelo de atenção à saúde no Brasil

A compreensão que temos sobre o que é saúde e doença condiciona o olhar sobre a realidade e define, em boa medida, o que é problema de saúde, assumindo um papel determinante sobre as características organizativas do setor saúde (CARVALHO & CUNHA, 2006).

1.2.1 Criação do PACS

As iniciativas de caráter nacional fundamentaram-se em experiências estaduais e regionais bem sucedidas. Dentre estas, referência especial deve ser feita ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido no Estado do Ceará desde 1987. Criado inicialmente como ‘frentes de trabalho’ em uma conjuntura de seca, o programa foi desenvolvido especialmente por mulheres que após treinamento de duas semanas realizaram ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense.

Em 1988 o programa abandonou o caráter emergencial, adquirindo características de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde. Os agentes comunitários de

saúde passaram a atuar em 45 municípios do interior do estado, para “melhorar a capacidade da comunidade de cuidar de sua própria saúde” por meio de visitas domiciliares regulares às famílias, sendo cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável por 50 a 100 famílias na área rural e por 150 a 250 famílias nas áreas urbanas (SILVA; DALMASO, 2002, p. 47-9).

Em 1991 a experiência bem-sucedida do Ceará estimulou o Ministério da Saúde a propor o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), implantado, inicialmente, na Região Nordeste em seguida na Região Norte, e “formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna”. Em 1992, denominado PACS, implementado por meio de convênio entre a Funasa/MS e as secretarias estaduais de Saúde “começou-se a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família)” (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 19).

1.2.2 Criação do PSF

Em 1993 o Ministério da Saúde através de experiências de outras regiões como o Programa Médico de Família, desenvolvido em Niterói (RJ), com estrutura semelhante à medicina da família implantada em Cuba e com assessoria de técnicos cubanos, decidiu criar o Programa Saúde da Família (PSF). Em setembro de 1994, foi divulgado o primeiro documento sobre o PSF, definindo o convênio entre o Ministério da Saúde, estados e municípios, com o mecanismo de financiamento, exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios. Para assinatura do convênio, era exigido que estivessem em funcionamento tanto o Conselho Municipal de Saúde quanto o Fundo Municipal de Saúde.

Nesse período o PSF não representava uma proposta de substituição do PACS. Sua implantação privilegiava áreas de maior risco social – inicialmente, população residente nas localidades delimitadas no Mapa da Fome do IPEA e posteriormente municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil.

Em 1997 e 1998, o PSF foi apresentado como proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1997, o Ministério da Saúde, respondendo às críticas de focalização, negava que o programa fosse um sistema de saúde pobre para pobres, com utilização de baixa tecnologia, afirmando o caráter do PSF como “modelo substitutivo da rede básica tradicional”.

A Portaria Ministerial, de dezembro de 1997, estabeleceu, no Plano de Metas do Ministério da Saúde, prioridade para o PACS e PSF e aprovou normas e diretrizes dos programas. Em 1998, com a implantação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996 (NOB-SUS 96), que estabeleceu o Piso de Atenção Básica (PAB), os programas ganharam novo impulso. O PAB fixo – recursos per capita/ano para a Atenção Básica – inaugurou a modalidade de transferência, de forma regular e automática, de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, possibilitando maior autonomia na gestão municipal e maior responsabilização do dirigente municipal com o atendimento à saúde dos munícipes. O PAB variável foi introduzido para incentivar a adoção, pelos municípios, de programas e estratégias para a organização da Atenção Básica, dentre os quais farmácia básica, vigilância sanitária, atendimento às carências nutricionais, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família.

Em dezembro de 1998, o PSF estava implantado em 1.219 municípios de 24 estados (ausente apenas em Roraima, Amapá e Distrito Federal), e contava com 3.119 equipes de saúde da família. A pesquisa “Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF”, realizada pelo Ministério da Saúde entre abril e julho de 1999, identificou que 83% dos municípios pesquisados haviam implantado o programa entre 1997 e 1998. Apenas nos estados do Ceará e de Santa Catarina havia um número maior de municípios com implantação anterior a 1997 (BRASIL, 2000). Um ano depois, em dezembro de 1999, o PSF estava implantado em 1.870 municípios nas 27 unidades federadas (BRASIL, 2000).

No entanto, ao longo de 1999, o Ministério da Saúde diagnosticou que o sucesso da implantação do PSF em grande número de municípios encobria a baixa cobertura de suas populações.

Diante do risco de pulverização do programa e da criação de espaços privilegiados de assistência, sem, no entanto, incorporar-se ao sistema como estratégia substitutiva, e, em consequência, com baixa capacidade de provocar impacto nos indicadores municipais (SOUSA et al., 2000, p.11).

O Ministério da Saúde, a partir de novembro de 1999, reajustou os valores dos repasses e introduziu uma nova modalidade para o cálculo dos incentivos financeiros do PAB variável referente ao PSF, remunerando melhor os municípios com maior cobertura populacional das equipes de saúde da família. Em maio de 2000, os municípios com cobertura de, no mínimo, 70% de sua população haviam crescido em 42%. Em dezembro do mesmo

ano, o PSF existia em 3.090 municípios e estavam constituídas 10.473 equipes de saúde da família, com uma cobertura de 22% da população brasileira, e 145.299 agentes comunitários de saúde atuavam em 4.610 municípios, envolvendo cerca de 51% da população do País (SOUSA et al., 2000, p. 11).

1.3 Proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil

Os modelos de atenção à saúde são “formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas”. (TEIXEIRA, 2000).

1.3.1 Estratégia Saúde da Família

A Saúde da Família, desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de Saúde, visando à reorientação do modelo assistencial e a uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde.

Assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de reorientação do modelo assistencial que visa complementar todos os ciclos de vida do ser humano e tem um caráter de integralidade. “Isto significa que o atendimento prestado pelos profissionais da ESF deve abranger não só o aspecto biológico do ser humano, mas também o psicossocial, realizando assistência centrada na pessoa ao invés da sua doença” (MACIEL, 2008, p. 454).

Tem como objetivo substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade.

A ESF é composta por equipe multiprofissional com a finalidade de apoiar uma prática com ações integrais na atenção básica vinculada a comunidade, ao invés da permanência na unidade de saúde aguardando as demandas e necessidades desta (CAMPOS, 2006).

A formulação da ESF incorporou os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – desenvolvendo-se a partir da equipe de saúde da família que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área. A Unidade de Saúde da Família (USF) é considerada como a porta de entrada e o primeiro nível de atenção, devendo estar integrada em uma rede de serviços dos diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes (BRASIL, 2001).

Recomenda-se que cada equipe de saúde da família assista de 600 a 1.000 famílias, o que corresponde de 2.400 a 4.500 habitantes (limite máximo) e que cada ACS da equipe acompanhe, aproximadamente, de 200 a 250 famílias, dependendo da densidade populacional e da facilidade de acesso à USF, responsabilizando-se por uma microárea onde residem de 440 a 750 pessoas (BRASIL, 2000).

No desenvolvimento de suas atividades, a ESF, de característica multiprofissional, deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da Atenção Básica. Atenção Básica foi definida, em documento do Ministério da Saúde (1999), como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de Saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação”.

1.2.3 Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado,

prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Por isso, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde (RASs), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

O modelo de atenção às condições crônicas visa o cuidado prolongado, coordenado e contínuo dos problemas de saúde, para além das doenças crônicas, como também doenças agudas que evoluem para condições crônicas (MENDES, 2012).

O quadro a seguir sintetiza as diferenças entre as respostas dos atendimentos das condições agudas e crônicas.

Quadro 1: Comparativo das respostas entre as condições agudas e as condições crônicas.

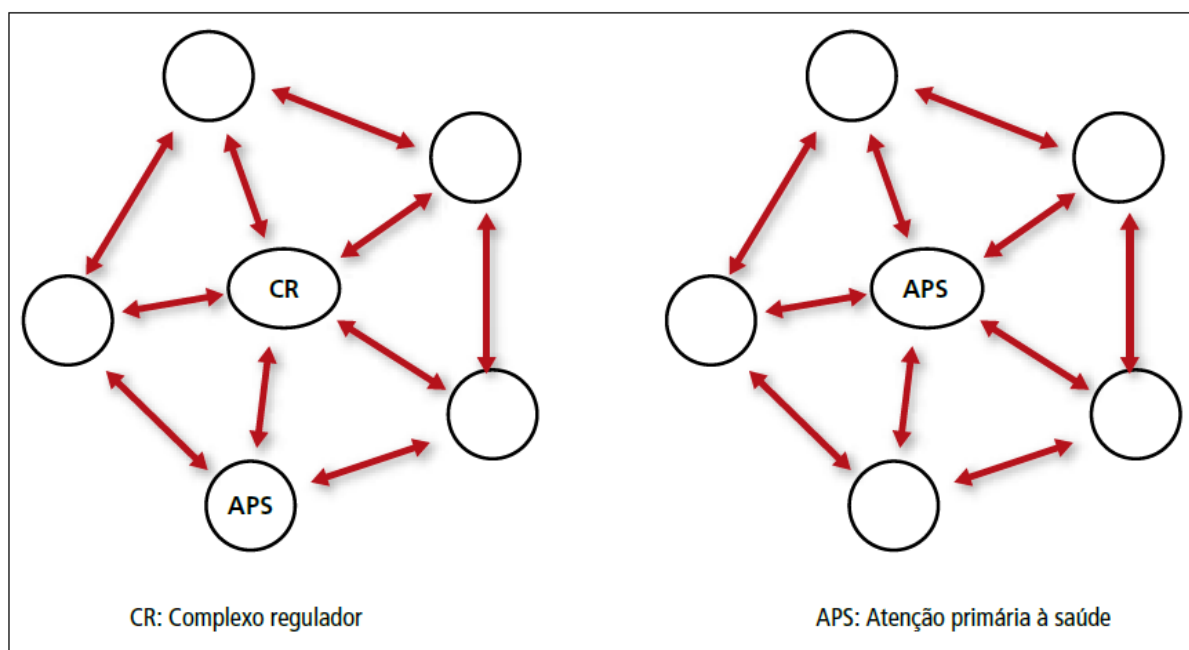
| Variável | Condição Aguda | Condição Crônica |
|-----------------------------|--------------------------------------|---|
| Início | Rápido | Gradual |
| Causa | Usualmente única | Usualmente múltiplas |
| Duração | Curta | Indefinida |
| Diagnóstico e Prognóstico | Comumente acurados | Usualmente insertos |
| Testes diagnósticos | Frequentemente decisivos | Frequentemente de valor limitado |
| Resultado | Em geral, cura | Em geral, cuidado sem cura |
| Papel dos Profissionais | Selecionar e prescrever o tratamento | Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias |
| Natureza das Intervenções | Centrada no cuidado profissional | Centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado |
| Conhecimento e ação clínica | Concentrados no profissional médico | Compartilhados pelos profissionais e pessoas usuárias |
| Papel da pessoa usuária | Seguir as prescrições | Co-responsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde |
| Sistema de atenção à saúde | Resposta reativa e episódica | Resposta proativa e contínua |

Fonte: Mendes 2011.

As diferenças entre as redes de atenção às condições crônicas e às condições agudas estão no papel da APS e na forma de regulação. Nas redes de atenção às condições crônicas a APS é um ponto de atenção à saúde e constitui, também, o centro de comunicação das RASs, exercitando a função de regulação dessas redes. Nas redes de atenção às urgências e às emergências, a APS desloca-se do centro para constituir um importante ponto de atenção à

saúde, mas sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessas redes (MENDES, 2011). Como mostra a figura 1.

Figura 1: Diferenças entre as redes de atenção às condições crônicas e às condições agudas.



Fonte: Mendes 2011.

Construir a rede de atenção à saúde significa interligar os pontos do sistema de saúde local e fazê-los se comunicar. Esse sistema de referência e contra referência dará suporte ao paciente desde a sua entrada na rede até a resolução do problema de saúde apresentado.

CAPÍTULO II – DA PESQUISA, SEUS OBJETIVOS E METODOLOGIA

De acordo com o Ministério da Saúde, a ESF, além da expansão das ações e da cobertura do serviço, vem produzindo grande impacto sobre os níveis de saúde e demonstram que a Saúde da Família no período de 1992 a 2002 apresenta indicadores animadores como a redução da mortalidade infantil. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade de São Paulo e Universidade de Nova York, demonstra que a cada 10% de aumento de cobertura da estratégia o índice da mortalidade infantil cai em 4,6%.

O Modelo de Atenção à Saúde do Brasil, pauta política dos gestores públicos, desenhada na ESF e consolidada nos municípios brasileiros é destaque e referência para outros países. De acordo com a Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal a ESF está sendo desenvolvida e reconhecida no mundo, por mais de três décadas, como uma estratégia capaz de estruturar redes integradas de atenção à saúde na construção de sistemas de saúde mais efetivos. Ao longo desse período, as experiências, tanto em países mais desenvolvidos quanto em países em seus cursos de desenvolvimentos evidenciam que a Atenção Primária em Saúde (APS), melhora a eficiência e a efetividade da Atenção à Saúde, com racionalização de custos, satisfação dos indivíduos, famílias e comunidades, profissionais, gestores e gerentes dos serviços e sistemas de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família ainda se mostra insuficiente, seja pela baixa abrangência ou pela pouca resolutividade. São inúmeras as dificuldades que os municípios enfrentam na busca de uma melhoria na cobertura, como por exemplo, insuficiência de profissionais; estruturas físicas precárias; aperfeiçoamento do modelo de gestão do cuidado em saúde; limites da lei de responsabilidade fiscal no que diz respeito ao percentual de gasto com pessoal na área da saúde; falta de financiamento que dê sustentabilidade à estratégia; insuficiência de profissionais com formação adequada, dentre outras.

Atuar em saúde tendo como objeto do cuidado a família é uma forma de reversão do modelo hegemônico voltado à doença, que fragmenta o indivíduo e separa-o de seu contexto e de seus valores socioculturais. Desta forma, o enfoque na família e o acompanhamento voltado principalmente para os aspectos de prevenção e promoção por meio de orientações antecipatórias aos principais riscos e agravos constituem medidas preventivas muito importantes e que contribuem de maneira efetiva na diminuição dos índices de adoecimento da população e com isso a elevação da expectativa de vida e que o aumento da satisfação dos

usuários quanto ao atendimento recebido é resultado das mudanças das práticas das equipes de saúde de família.

Preparar os profissionais para atuar tanto na gestão quanto diretamente com a população a partir de uma reflexão crítica permanente da atuação das equipes junto às famílias e à coletividade no âmbito do SUS contribui para a consolidação das práticas gerenciais nos diferentes cenários de atuação e assistência à saúde necessárias à implantação e implementação da ESF.

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo Geral

Caracterizar o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família na IX Região Administrativa - Ceilândia - Distrito Federal no período de 2007 a 2011.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Caracterização do território e da rede de atenção à saúde em Ceilândia;
- Realizar levantamento e análise demográfica da Ceilândia;
- Identificar a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal e em Ceilândia;
- Identificar a quantidade de equipes de Saúde da Família implantadas no Distrito Federal e em Ceilândia;
- Analisar o contexto de implantação e desenvolvimento da ESF no Distrito Federal e em Ceilândia.

2.2 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. De acordo com Caldas (1986, p. 15):

A pesquisa bibliográfica representa a “coleta e armazenagem de dados de entrada para a revisão, processando-se mediante levantamento das publicações existentes sobre o assunto ou problema em estudo, seleção, leitura e fichamento das informações relevantes”.

O intuito desta pesquisa foi o de analisar eventos que já tinham ocorrido utilizando os métodos de pesquisa bibliográfica que tem por objetivo conhecer as diferentes contribuições científicas acerca do tema para assim caracterizar o território e a rede de atenção à saúde na Ceilândia, mapear a condição da ESF e analisar de que forma ela está organizada dentro do território.

Para atingir os objetivos deste estudo a coleta dos dados secundários foi feita com base em pesquisa bibliográfica realizada durante o período de maio e junho de 2013, nas bases de dados como Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Scientific Electronic Library Online – SCIELO e legislações e publicações do Ministério da Saúde (MS). Utilizando como descritores Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde.

Na análise documental acerca da constituição sócio-histórica da saúde da família em Ceilândia foram utilizados dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O Sistema foi criado em 1998 para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do PSF. Por meio dele obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.

Foram levantados dados acerca da cobertura populacional da ESF no Distrito Federal e em Ceilândia, número de equipes completas e não completas e cobertura ano a ano de implantação das equipes.

A organização dos dados foi realizada através de tabelas e gráficos que foram comparados e analisados buscando compreender a evolução do processo de implantação das equipes de saúde da família e se esse quadro é suficiente para a população da Ceilândia.

Considerando tratar-se de um estudo com base em dados secundários não houve necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização do território e da Rede de Atenção à Saúde de Ceilândia

A Região Administrativa Ceilândia possui cerca de 400 mil habitantes. Criada há mais de quarenta anos para resolver problemas de distribuição populacional a Ceilândia é a localidade do Distrito Federal com maior densidade urbana. A RA IX foi criada pela Lei n.º 49/89 e o Decreto n.º 11.921/89, por desmembramento da RA III - Taguatinga.

De acordo com a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan) de 2011 a Ceilândia possui uma área urbana de 29,10 Km² e está subdividida em diversos setores: Ceilândia Centro, Ceilândia Sul, Ceilândia Norte, P Sul, P Norte, Setor O, Expansão do Setor O, QNQ, QNR, Setores de Indústria e de Materiais de Construção e parte do INCRA (área rural da região administrativa), setor Privê.

A taxa de crescimento demográfico entre 2004 e 2010 é de 3,1%, maior que a do DF (2,3%), devido, em grande parte, ao surgimento dos condomínios, ainda em fase de regularização, como o Sol Nascente e Pôr do Sol. A cidade comporta 13.689 habitantes por km² (o Distrito Federal comporta 9.701/ km²).

De acordo com dados disponibilizados pela Diretoria Regional de Atenção Primária em Saúde (DIRAPS) nome anteriormente identificado como Gerencia de Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família - GAPESF/SES DF a primeira equipe de ACS e de Saúde da Família foi implantada em 1997. Estas equipes foram vinculadas aos Centros de Saúde e deveriam ter como composição básica um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco ACS e um cirurgião dentista. No caso das equipes de agentes comunitários de saúde a média é de 5 a 12 ACS por equipe. Essas equipes atendiam a uma média de 220 famílias.

Atualmente a Regional de Saúde de Ceilândia conta com um Hospital Regional da Ceilândia (HRC) com especialidades do ambulatório como cardiologia, cirurgia geral, clínica médica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia/obstetrícia, hemoterapia, homeopatia adulto, mastologia, nefrologia, neurologia, odontologia, oftalmologia, oncologia adulto, oncologia cirúrgica, ortopedia, pediatria, pneumologia, proctologia, reumatologia, terapia ocupacional e urologia. Emergência com clínica médica, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e pediatria. Clínicas de internação de berçário, centro

cirúrgico, centro obstétrico, clínica médica, maternidade, pediatria, pronto-socorro de ginecologia e obstetrícia e UTI.

Com relação às Unidades de Saúde Vinculadas, a Ceilândia conta com 12 unidades de saúde onde são oferecidos diversos tipos de tratamentos com atendimentos em ações básicas que estão descritas no Quadro 2, a seguir:

Quadro 2: Unidades de Saúde vinculadas a Regional de Saúde de Ceilândia.

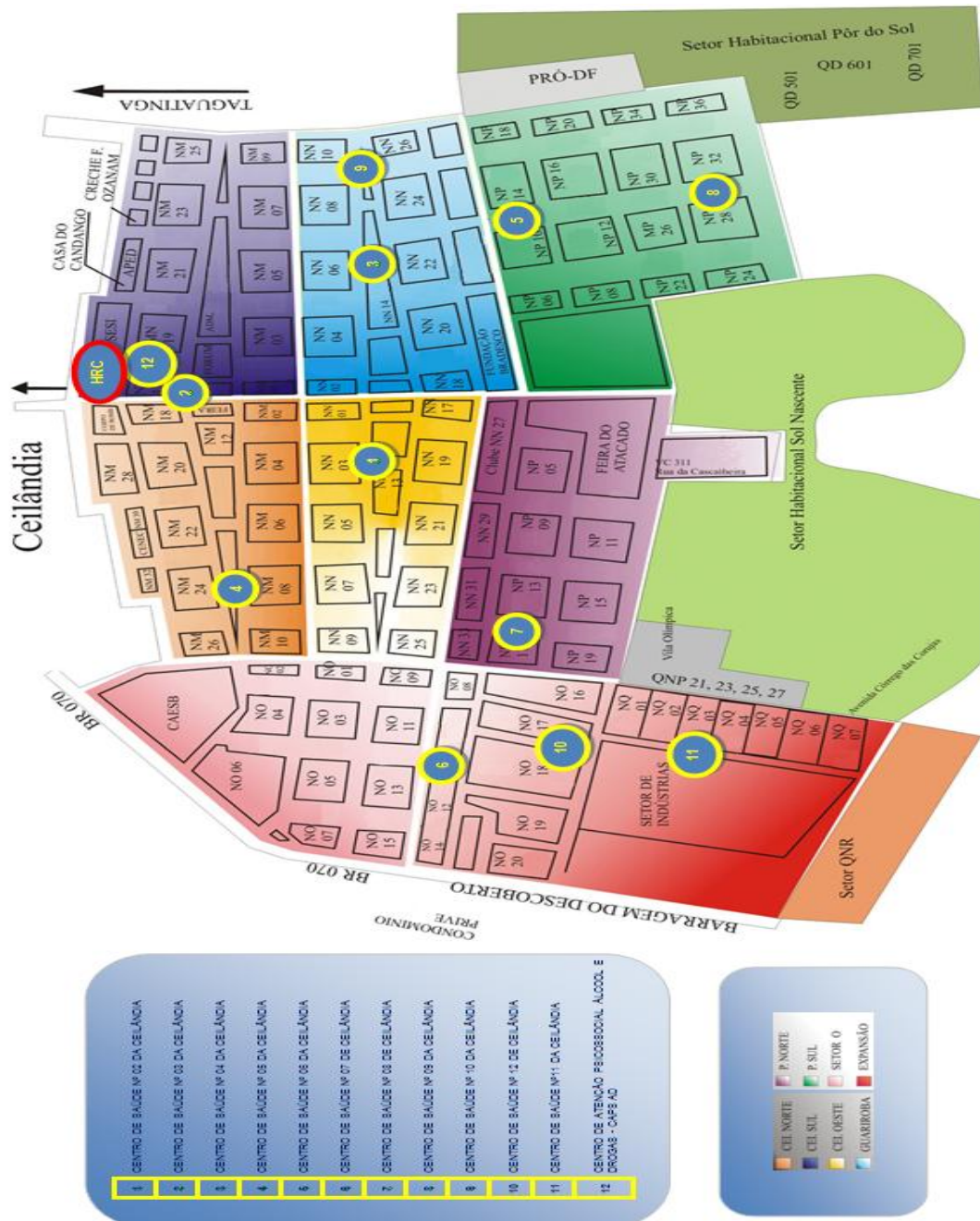
| Unidade | Área de Abrangência | Especialidades | Programas Especiais |
|---|---|--|--|
| Centro de Saúde nº 02 da Ceilândia | QNN 05, 07, 09, 21, 23, 25, 35, 37, 39 e áreas especiais da QNN 29, 31 e 33 | Clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia | Hipertensos, diabéticos, DST/AIDS, automassagem, assistência ao idoso e planejamento familiar |
| Centro de Saúde nº 03 da Ceilândia | QNM 05, 07, 09, 21, 23, 25 e áreas especiais da QNM 15, 29, 31, 33 e 35 | Clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia | Hipertensos, diabéticos, DST/AIDS, automassagem, imunização, assistência ao idoso, planejamento familiar e fisiologia |
| Centro de Saúde nº 04 da Ceilândia | QNM 06, 08, 10, 22, 24, 26 e Áreas Especiais da QNN 16, 30, 32 e 34 | Clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia | Hipertensos, diabéticos, DST/AIDS, automassagem, imunização, assistência ao idoso, planejamento familiar, fisiologia, cárie zero, desnutridos, assistência à mulher e à criança |
| Centro de Saúde nº 05 da Ceilândia | QNM 06, 08, 10, 22, 24, 26 e Área Especial 16, 30 e 32 | Clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia | Hipertensos, diabéticos, DST/AIDS, automassagem, imunização, assistência ao idoso, planejamento familiar, fisiologia, cárie zero, desnutridos, assistência à mulher, assistência à criança |
| Centro de Saúde nº 06 da Ceilândia | QNP 02, 04, 06, 08, 10, 12, 14, 16, 18 | Clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia | Hipertensos, diabéticos, DST/AIDS, automassagem, imunização, assistência ao idoso, planejamento familiar, fisiologia, cárie zero, desnutridos, assistência à mulher, assistência à criança |
| Centro de Saúde nº 07 | QNO de 01 a 07, 09, 11, 13, 15 a 23 e Áreas Especiais da QNO 08, | Clínica médica, ginecologia/obstetrícia, | Hipertensos, diabéticos, DST/AIDS, automassagem, imunização, assistência ao |

| | | | |
|---|---|--|--|
| de Ceilândia | 10, 12 e entrequadras 16/17, 18/19 e 20/21 | pediatria e odontologia | idoso, planejamento familiar, tisiologia, cárie zero, desnutridos, assistência à mulher, assistência à criança |
| Centro de Saúde nº 08 de Ceilândia | P norte e adjacências | Clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia | Hipertensos, diabéticos, DST, tuberculose, hanseníase, cárie zero, automassagem, imunização e saúde da família |
| Centro de Saúde nº 09 da Ceilândia | QNP 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36 e chácaras e condomínios adjacentes | Clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia | Hipertensos, diabéticos, DST, tuberculose, hanseníase, cárie zero, automassagem, imunização e saúde da família |
| Centro de Saúde nº 10 da Ceilândia | QNN 01 a 04, 17 a 20, área especial 11 a 14, 27 e 28, CNN 01 e 02 | Clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia | Hipertensos, diabéticos, DST, tuberculose, hanseníase, cárie zero, automassagem, imunização e saúde da família |
| Centro de Saúde nº11 da Ceilândia | QNO 16, 17, 18, 19, 20, condomínio Prive, Incra 08, 09, Posto Rural Boa Esperança | Clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia | Hipertensos, diabéticos, DST, tuberculose, hanseníase, cárie zero, automassagem, imunização, saúde da família, climatério, assistência à criança, assistência ao idoso, assistência à mulher, assistência ao adolescente, ambulatório de dependência química |
| Centro de Saúde nº 12 de Ceilândia | QNQ, QNR e setor industrial de Ceilândia | Clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e odontologia | Hipertensos, diabéticos, DST, tuberculose, hanseníase, cárie zero, automassagem, imunização, saúde da família, assistência à criança, assistência ao idoso, assistência à mulher |
| Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS ad | Ceilândia e Brazlândia | - | Acolhimento, atividades e oficinas terapêuticas, psicoterapia, visita domiciliar, busca ativa por telefone e visita institucional |

Fonte: Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal, 2013.

A figura 2, a seguir, mostra a distribuição geográfica das unidades de saúde da Ceilândia. Nota-se que há pelo menos uma unidade por setor exceto no Setor Habitacional Pôr do Sol e Setor Habitacional Sol Nascente, pois são locais que surgiram depois do projeto inicial da cidade e que ainda estão em fase de regularização.

Figura 2: Mapa com a distribuição das unidades de saúde de Ceilândia.



Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal utilizando como base o mapa da Regional de Ensino do Distrito Federal.

3.2 Crescimento populacional

O Quadro 3, a seguir, mostra o crescimento populacional do DF e de Ceilândia no período de 2007 a 2011 e servirá de base para entender se o processo de implantação da ESF acompanha ou não o crescimento populacional e se o número de equipes é adequada ao número de habitantes da região.

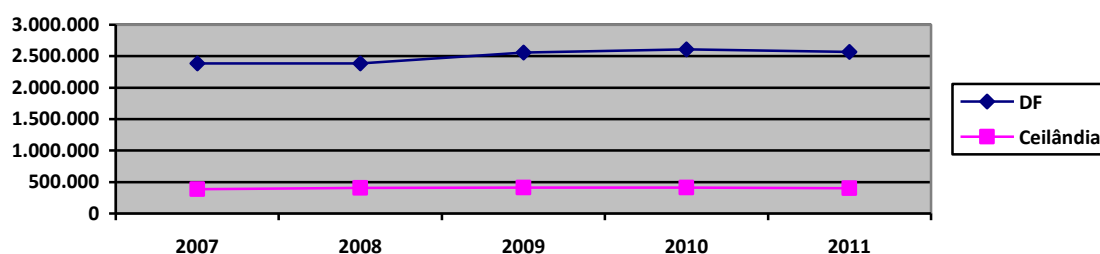
Quadro 3: Crescimento populacional do DF e Ceilândia no período de 2007 à 2011.

| Ano | Localidade | População |
|------|------------|-----------|
| 2007 | DF | 2.384.998 |
| | Ceilândia | 385.973 |
| 2008 | DF | 2.384.998 |
| | Ceilândia | 405.498 |
| 2009 | DF | 2.558.372 |
| | Ceilândia | 413.384 |
| 2010 | DF | 2.608.099 |
| | Ceilândia | 413.384 |
| 2011 | DF | 2.570.160 |
| | Ceilândia | 402.729 |

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados disponibilizados pelo MS/SAS/DAB e IBGE.

O Gráfico 1 sintetiza esses dados, tornando mais clara a visualização do crescimento populacional entre os anos de 2007 a 2011 no DF e em Ceilândia.

Gráfico 1: Crescimento populacional no DF e Ceilândia no período de 2007 à 2011.



Fonte: elaborado pela autora a partir de dados disponibilizados pelo MS/SAS/DAB e IBGE.

A partir dos dados acima citados podemos perceber que a região de Ceilândia não acompanha o crescimento populacional do DF.

3.3 As Equipes de Saúde da Família e o PACS

Como citado anteriormente, recomenda-se que cada equipe de saúde da família assista de 600 a 1.000 famílias, o que corresponde de 2.400 a 4.500 habitantes (limite máximo) e que cada ACS da equipe acompanhe, aproximadamente, de 200 a 250 famílias, dependendo da densidade populacional e da facilidade de acesso à USF, responsabilizando-se por uma microárea onde residem de 440 a 750 pessoas (BRASIL, 2000).

A atuação dessas equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade. Já no PACS, que hoje é considerado parte da SF, as ações dos ACS são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde. Os ACS podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Atualmente, encontra-se em atividade no país 204 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados.

O Quadro 4, a seguir, mostra o número de equipes de Saúde da Família que são equipes compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários e o número de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde do PACS que representam as equipes incompletas do Programa Saúde da Família, composta apenas por agentes comunitários, no Distrito Federal e em Ceilândia no período de 2007 a 2011.

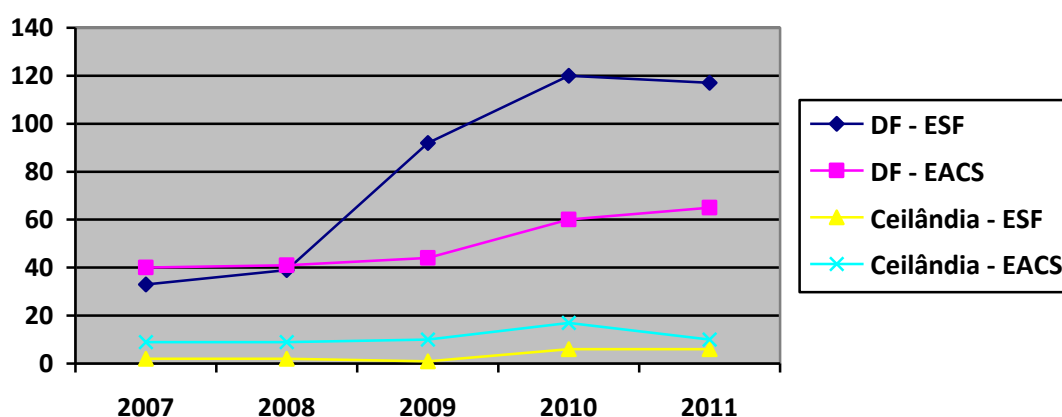
Quadro 4: Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde no DF e em Ceilândia no período de 2007 à 2011.

| Ano | Localidade | Equipes Saúde da Família | Equipes Agentes Comunitários de Saúde |
|------|------------|--------------------------|---------------------------------------|
| 2007 | DF | 33 | 40 |
| | Ceilândia | 2 | 9 |
| 2008 | DF | 39 | 41 |
| | Ceilândia | 2 | 9 |
| 2009 | DF | 92 | 44 |
| | Ceilândia | 1 | 10 |
| 2010 | DF | 120 | 60 |
| | Ceilândia | 6 | 17 |
| 2011 | DF | 117 | 65 |
| | Ceilândia | 6 | 10 |

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados disponibilizados pelo Datasus.

O Gráfico 2 sintetiza esses dados, tornando mais clara a visualização do processo de evolução do nº de equipes completas e incompletas implantadas no DF e em Ceilândia entre os anos de 2007 a 2011.

Gráfico 2: Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde no DF e em Ceilândia no período de 2007 à 2011..



Fonte: elaborado pela autora a partir de dados disponibilizados pelo Datasus.

Os dados demonstram que, entre os anos de 2008 a 2010, houve um aumento no número de equipes da ESF implantados no DF, esse mesmo aumento, embora não tenha sido na mesma proporção, só foi percebido na Ceilândia no período de 2009 a 2010. No caso específico do número de equipes de agentes comunitários de saúde, ao contrário do ocorreu para o caso do DF, em Ceilândia se verifica uma diminuição quando observados os anos de 2010 e 2011.

Quadro 5: Proporção da população coberta pela Estratégia Saúde da Família na Ceilândia no período de 2007 à 2011.

| Ano | População | | Cobertura Populacional e dados com base na população cadastrada | | Nº de equipes e cobertura se aplicados os parâmetros da Política Nacional de Atenção Básica | | |
|------|-----------------|-------------------|---|---------------|---|---|-----------|
| | IBGE (projeção) | SIAB (cadastrada) | Meta Alcançada | Meta Proposta | Equipes existentes | Nº de pessoas a serem atendidas de acordo com o nº equipes existentes | Cobertura |
| 2007 | 385.973 | 5.148 | 1,33 | 10% | 2 | 9.000 | 2,33 |
| 2008 | 405.498 | 5.201 | 1,28 | 10% | 2 | 9.000 | 2,21 |
| 2009 | 413.384 | 5.241 | 1,27 | 10% | 1 | 4.500 | 1,08 |
| 2010 | 413.384 | 18.927 | 4,58 | 30% | 6 | 27.000 | 6,53 |
| 2011 | 402.729 | 25.598 | 6,36 | 30% | 6 | 27.000 | 6,70 |

Fonte: GEMA-Gerência de Monitoramento e Avaliação/DIGAPS/SAPS/SESDF e dados de número de equipes acrescentada pela autora com base nas informações do DAB – Departamento de Atenção Básica.

Aos dados informados pela Gerência de Monitoramento e Avaliação/DIGAPS/SAPS/SES/DF foram acrescentadas, para fins de análise e comentários da realidade de cobertura, três colunas à tabela, nas quais foram inseridas informações sobre o número de equipes, população de referência e cobertura com base nos parâmetros da Política Nacional.

Tomando como base o limite máximo de 4500 pessoas a serem atendidas por equipe de saúde família, o quantitativo efetivo de equipes existentes nos anos analisados e a população cadastrada no SIAB, podemos verificar algumas discrepâncias nos dados de cobertura. Isso pode ser verificado em 2007, 2008, 2010 e 2011, quando o número de pessoas cadastradas no Sistema foi inferior ao número de pessoas a serem atendidas pelo número de equipes existentes; e em 2009, quando houve redução no número de equipes e aumento no número de pessoas cadastradas no Sistema. Essa observação só é possível quando aplicados os parâmetros da Política Nacional, que limita o número de pessoas por equipe, nesse mesmo ano a cobertura seria de 1.08 e não 1.27, o que significaria que cerca de 740 pessoas não estariam contabilizadas como população atendida.

Para uma cobertura de 100% da população, se aplicados os parâmetros da Política Nacional de 4500 habitantes por equipe, no ano de 2007 seriam necessárias aproximadamente 86 equipes, para o ano de 2008 aproximadamente 90 equipes, para os anos de 2009 e 2010 que possuem a mesma quantidade de habitantes aproximadamente 92 equipes e em 2011 aproximadamente 89 equipes. Considerando que os anos de 2009 e 2011 obtiveram o maior número de equipes implantadas percebe-se que ainda são insuficientes para se ter uma cobertura completa de ESF na Ceilândia.

A partir desses dados é possível levantar algumas questões que poderiam ser melhores entendidas através de estudos futuros como, por exemplo, o motivo do DF não priorizar a ESF na Ceilândia e quais poderiam ser as dificuldades de implantação dessas equipes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PSF surgiu no Brasil como uma nova maneira de operar a saúde, humanizada e solidária e vem contribuindo para a mudança do modelo assistencial do SUS trazendo uma transformação no processo de trabalho dentro das unidades básicas de saúde, possibilitando o desenvolvimento e o fortalecimento do trabalho em equipe com foco na extensão das ações para a comunidade. Para o fortalecimento da AB a ESF é necessário buscar o maior número de pessoas com visitas domiciliares para uma maior cobertura da estratégia. As RAS, no caso das condições crônicas, também ajudam no fortalecimento da AB, pois dão suporte ao paciente desde a sua entrada na rede até a resolução do problema de saúde apresentado.

A implantação do PSF representa um grande avanço no que diz respeito à saúde pública tanto no DF como em todo quanto na RA de Ceilândia, pois medidas preventivas diminuem os níveis de adoecimento da população.

Assim, esta pesquisa se propôs, como objetivo geral, reunir um conjunto de elementos através da representação bibliográfica para prover informações sobre o processo histórico de implantação da ESF na Ceilândia.

Quanto à caracterização do território e da rede de atenção à saúde em Ceilândia, o estudo mostrou que há pelo menos uma unidade básica por setor habitacional se mostrando bem distribuídas dentro do território e o que seria de grande relevância para uma maior cobertura é que haja a implantação de novas equipes nessas unidades.

No que diz respeito à cobertura populacional quando em 2007, 2008 e 2009 a meta proposta era de 10% e o máximo atingido foi em 2007 com 1,33% entende-se que ainda há um grande desafio a ser alcançado. Com relação à quantidade de equipes de Saúde da Família implantadas no Distrito Federal e em Ceilândia os dados demonstram que a Ceilândia não acompanhou o ritmo de crescimento do DF.

A partir dos achados dessa pesquisa, é possível identificar algumas fragilidades na experiência da Ceilândia em relação à garantia do cuidado integral às famílias que demandam forte participação por parte dos gestores no que diz respeito ao planejamento e avaliação das ações em saúde. Embora esse estudo não tenha tido o objetivo de identificar ou explicar as razões pela baixa cobertura e o não crescimento do número de equipes sugere-se novos estudos que contribuam para este entendimento. De toda forma, os dados sinalizam para uma possibilidade de falta de investimento político e financeiro, que possam ajudar na ampliação

dessa cobertura e na reorientação do cuidado em saúde através do princípio da integralidade do SUS.

A observação durante a coleta dos dados permitiu perceber que ainda são poucos os dados divulgados com relação à implantação da ESF desde a sua criação por regiões administrativas, como no caso da Ceilândia. Dispor de dados anteriores ao período estudado nessa pesquisa seria de extrema importância para uma maior caracterização da situação da ESF na localidade.

Considerando os resultados alcançados por essa investigação, sugerem-se possíveis aprofundamentos/complementações desse estudo. Desta forma, espera-se que esta pesquisa sirva como base para pesquisas futuras com relação ao tema com vistas a fornecer maiores informações com relação à história de desenvolvimento da ESF desde o seu início na cidade de Ceilândia.

As possibilidades de mudança das práticas do cuidado em saúde dependem do fortalecimento da estratégia para a gestão de coletivos com a necessidade da construção e conhecimento através das práticas e da democratização da gestão dos processos de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, Jacira. **Programa Saúde da Família**. Disponível em:

<<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/526-programa-saude-da-familia.html>>. Acesso em junho de 2013.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.

BRASIL. **Histórico de cobertura da saúde da família**. Disponível

em:<http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em junho de 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DOU, 1990.

_____. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: DOU, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notas Técnicas: População Residente no Distrito Federal**. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popDF.def>>. Acesso em junho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986**. ANAIS. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 381.

_____. Ministério da Saúde. **Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde: atividades 1999**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2003.
Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>. Acesso em junho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006.
Disponível em:<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/950-687.html>>. Acesso em junho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2007.
Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf>. Acesso em junho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2010. v.3. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em junho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório do Histórico da cobertura da Saúde da Família**. Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em junho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde**. 2. ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.

BRASIL. **Portaria nº 687/GM de 30 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: DOU, 2006.

_____. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção

Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: DOU, 2011.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DOU, 2010.

CAMPOS, G. W. S. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006.

CARVALHO, S. R; CUNHA, G. T. **A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde.** In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. **Tratado de saúde coletiva.** Rio de Janeiro, Hucitec: Fiocruz, 2006. p. 837-868, Graf. (Saúde em debate, 170).

CODEP. **Notícias: 16 de janeiro de 2012.** Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/noticias/itemlist/user/103-codep.html?start=15>>. Acesso em julho de 2013.

CONASEMS. **A Atenção Básica que Queremos.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde, 2011. 74 p.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

MACIEL, M. E. **A equipe de saúde da família e o portador de transtorno mental: relato de uma experiência.** Cogitare Enferm. 2008. Jul./Set.: 13(3):453-6.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549 p.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978.** Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: junho de 2013.

Secretaria de Atenção a Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde.**

Disponível em:

<http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=530040011061>. Acesso em junho de 2013.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 240 p.

SOUSA, Maria Fátima de et al. **Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades.** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 21, p. 7-14, dez. 2000.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mário Roberto. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 19, 1998.

ANEXOS

ANEXO I – PORTARIA GM/MS Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.**PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.350, de outubro de 2006, que regulamenta o § 5º do Art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo Parágrafo Único do Art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006;

Considerando o Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90;

Considerando a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que trata do processo de integração das ações de vigilância em saúde e atenção básica;

Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Portarias nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, nº 90/GM, de 17 de janeiro de 2008 e nº 2.920/GM/MS, de 03 de dezembro de 2008, que estabelecem os municípios que poderão receber recursos diferenciados da ESF;

Considerando Portaria nº 2.143/GM/MS, de 9 de outubro de 2008 - Cria o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na atenção básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS e/ou às Equipes de Saúde da Família (ESF);

Considerando Portaria nº 2.372/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, que cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;

Considerando Portaria nº 2.371/GM/MS, de 07 de outubro de 2009 que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel (UOM);

Considerando a Portaria nº 750/SAS/MS, de 10 de outubro de 2006, que instituiu a ficha complementar de cadastro das ESF, ESF com ESB - Modalidades I e II e de ACS no SCNES;

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a consolidação da estratégia saúde da família como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e que a experiência acumulada em todos os entes federados demonstra a necessidade de adequação de suas normas.

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 29, de setembro de 2011, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes dos Anexos a esta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família;

II - 10.301.1214.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo;

III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde;

IV- 10.301.1214.8730.0001 - Atenção à Saúde Bucal; e

V - 10.301.1214.12L5.0001 - Construção de Unidades Básicas de Saúde - UBS.

Art. 3º - Permanecem em vigor as normas expedidas por este Ministério com amparo na Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, desde que não conflitem com as disposições constantes desta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada as Portarias nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 61, de 29 de março de 2006, Seção 1, pg. 71, nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, publicada no Diário Oficial da União nº 18, de 25 de janeiro de 2008, Seção 1, pg. 47/49, nº 2.281/GM/MS, de 1º de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial

da União nº 189, de 2 de outubro de 2009, Seção 1, pg. 34, nº 2.843/GM/MS, de 20 de setembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 181, de 21 de setembro de 2010, Seção 1, pg. 44, nº 3.839/GM/MS, de 7 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 237, de 8 de dezembro de 2010, Seção 1, pg. 44/45, nº 4.299/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 251, 31 de dezembro de 2010, Seção 1, pg. 97, nº 2.191/GM/MS, de 3 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 148, de 4 de agosto de 2010, Seção 1, pg. 51, nº 302/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 28, de 10 de fevereiro de 2009, Seção 1, pg. 36, nº 2.027/GM/MS, de 25 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 164, Seção 1, pg.90.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO II – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA 2012.

APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar estas unidades da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil - único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuita – está enfrentando com os investimentos do Ministério da Saúde. Essa missão faz parte da estratégia Saúde Mais Perto de Você, que enfrenta os entraves à expansão e ao desenvolvimento da Atenção Básica no País.

Mais e Melhores Recursos: além dos recursos previstos para este ano de 2012 serem quase 40% maiores que os previstos para o ano de 2010, o que representou o maior aumento de recursos repassados fundo a fundo desde a criação do PAB, a nova PNAB mudou o desenho do financiamento federal para a Atenção Básica, passando a combinar equidade e qualidade.

Em relação à equidade, o PAB Fixo diferencia o valor per capita por município, beneficiando o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas. Pelo viés da qualidade, induz a mudança de modelo por meio da Estratégia Saúde da Família e cria um Componente de Qualidade que avalia, valoriza e premia equipes e municípios, garantindo aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite.

Uma Atenção Básica Fortalecida e Ordenadora das Redes de Atenção: a nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Avançou, ainda, no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de ESF, houve a inclusão de EAB para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas. A nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola - e expansão dele às creches – acordo com as indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável, implantação de mais de 4 mil pólos da Academia da Saúde até 2014.

Às equipes de Atenção Básica se somam as equipes do Melhor em Casa para ampliar em muito o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar. O Telessaúde, a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação apontam para a ampliação da resolubilidade da AB e para a continuidade do cuidado do usuário, que precisa da atenção especializada. UBS mais amplas, com melhores condições de atendimento e trabalho: em parceria com estados e municípios, o Governo Federal está investindo 3,5 bilhões de reais

para modernizar e qualificar o atendimento à população. Serão construídas novas e mais amplas UBS, reformadas, ampliadas e informatizadas as já existentes. Ao todo, serão mais de 3 mil, construídas e mais de 20 mil reformadas, ampliadas e informatizadas. Estamos trabalhando para ter uma Atenção Básica à altura de responder, perto da casa das pessoas, à maioria das necessidades de saúde, com agilidade e qualidade e de modo acolhedor e humanizado.

Tudo isso é fruto do empenho cotidiano e das conquistas de meio milhão de trabalhadores e trabalhadoras de saúde, das gestoras e gestores e o conjunto de atores sociais, que se dedicam e constroem diariamente uma Atenção Básica de qualidade para todos os cidadãos brasileiros.

DISPOSIÇÕES GERAIS

1 DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

I - Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de

cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais e regionais.

2 DAS FUNÇÕES NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta portaria, conforme normatização vigente do SUS, define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”.

Nesse sentido, a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

- I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
- II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral.

Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

- IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

3 DAS RESPONSABILIDADES

3.1 SÃO RESPONSABILIDADES COMUNS A TODAS AS ESFERAS DE GOVERNO:

- I - Contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes assinalados;
- II - Apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica à Saúde;
- III - Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades;
- IV - Contribuir com o financiamento tripartite da atenção básica;
- V - Estabelecer, nos respectivos planos de saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da atenção básica;
- VI - Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários;
- VII - Desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da atenção básica de acordo com suas responsabilidades;
- VIII - Planejar, apoiar, monitorar e avaliar a atenção básica;
- IX - Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da atenção básica, como parte do processo de planejamento e programação;
- X - Divulgar as informações e os resultados alcançados pela atenção básica;
- XI - Promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à atenção básica;
- XII - Viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família no País; e
- XIII - Estimular a participação popular e o controle social.

3.2 COMPETE AO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

- I - Definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;
- II - Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da atenção básica;
- III - Prestar apoio institucional aos gestores dos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção básica;
- IV - Definir, de forma tripartite, estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da atenção básica;
- V - Estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da atenção básica;
- VI - Articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à atenção básica; e
- VII - Apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da atenção básica.

3.3 COMPETE ÀS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE E AO DISTRITO FEDERAL:

- I - Pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), estratégias, diretrizes e normas de implementação da atenção básica no Estado, de forma complementar às existentes, desde que não haja restrições destas e que sejam respeitados as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta portaria;
- II - Destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da atenção básica prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;
- III - Ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da atenção básica transferidos aos municípios;
- IV - Submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução dos recursos do Bloco de Atenção Básica, conforme regulamentação nacional, visando à(ao):
 - a) Aprazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;
 - b) Comunicação ao Ministério da Saúde;

c) Bloqueio do repasse de recursos ou demais providências, conforme regulamentação nacional, consideradas necessárias e devidamente oficializadas pela CIB;

V - Analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

VI - Verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;

VII - Consolidar, analisar e transferir para o Ministério da Saúde os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;

VIII - Prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

IX - Definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da atenção básica;

X - Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde;

XI - Articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família; e

XII - Promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da atenção básica.

3.4 COMPETE ÀS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E AO DISTRITO FEDERAL:

I - Pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, por meio do Cosems, estratégias, diretrizes e normas de implementação da atenção básica no Estado, mantidas as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta portaria;

II - Destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da atenção básica;

III - Ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da atenção básica transferidos aos municípios;

IV - Inserir a Estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da atenção básica;

- V - Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo Estado e pela União;
- VI - Prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;
- VII - Definir estratégias de institucionalização da avaliação da atenção básica;
- VIII - Desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família;
- IX - Selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de atenção básica, em conformidade com a legislação vigente;
- X - Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;
- XI - Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas;
- XII - Programar as ações da atenção básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;
- XIII - Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;
- XIV - Organizar o fluxo de usuários visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da atenção básica e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários;
- XV - Manter atualizado o cadastro no sistema de cadastro nacional vigente dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão; e
- XVI - Assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes de atenção básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção.

4 DA INFRAESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

São necessárias à realização das ações de atenção básica nos municípios e Distrito Federal:

I - Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS;

II - As Unidades Básicas de Saúde:

a) Devem estar cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente de acordo com as normas vigentes;

b) Recomenda-se que disponibilizem, conforme orientações e especificações do manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS:

1 Consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica;

2 Área de recepção, local para arquivos e registros; sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação, entre outros:

3 As Unidades Básicas de Saúde Fluviais deverão cumprir os seguintes requisitos específicos:

3.1 Quanto à estrutura física mínima, devem dispor de: consultório médico; consultório de enfermagem; ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

c) Devem possuir identificação segundo padrões visuais do SUS e da atenção básica pactuados nacionalmente;

d) Recomenda-se que possuam conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando a participação social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

III - Manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde;

IV - Existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o seu funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente quando estiver prevista para ser realizada naquela UBS;

V - Equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população;

VI - Cadastro atualizado dos profissionais que compõem a equipe de atenção básica no sistema de cadastro nacional vigente, de acordo com as normas vigorantes e com as cargas horárias de trabalho informadas e exigidas para cada modalidade;

VII - Garantia pela gestão municipal, de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; e

VIII - Garantia pela gestão municipal, dos fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado. Com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária e reconhecendo que existem diversas realidades socioepidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e maneiras de organização das UBS, recomenda-se:

a) Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 18 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica; e

b) Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica.

4.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

A consolidação e o aprimoramento da atenção básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requerem um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”.

A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Nessa mesma linha, é importante diversificar esse repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras etc.

Por fim, reconhecendo o caráter e iniciativa ascendente da educação permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades

singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

De modo análogo, é importante a articulação e apoio dos governos estaduais e federal aos municípios, buscando responder às suas necessidades e fortalecer suas iniciativas. A referência é mais de apoio, cooperação, qualificação e oferta de diversas iniciativas para diferentes contextos do que a tentativa de regular, formatar e simplificar a diversidade de iniciativas.

4.2 DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

São características do processo de trabalho das equipes de atenção básica:

- I - Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;
- II - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários;
- III - Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;
- IV - Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;
- V - Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;
- VI - Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada;
- VII - Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

- VIII - Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;
- IX - Participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;
- X - Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;
- XI - Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e
- XII - Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

4.3 DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões.

4.3.1 São atribuições comuns a todos os profissionais:

- I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II - Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- III - Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- IV - Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI - Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII - Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX - Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade;

X - Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI - Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII - Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica;

XIII - Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XIV - Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe;

XV - Participar das atividades de educação permanente;

XVI - Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

XVII - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

XVIII - Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Outras atribuições específicas dos profissionais da atenção básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

4.3.2 Das atribuições específicas

4.3.2.1 Do Enfermeiro:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e

VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

4.3.2.2 Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

II - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe;

IV - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e

V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

4.3.2.3 Do Médico:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;

II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles;

V - Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; e

VII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

4.3.2.4 Do Agente Comunitário de Saúde:

I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;

VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com

problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condições do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe. É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

4.3.2.5 Do Cirurgião-Dentista:

- I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- II - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;
- III - Realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;
- IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VII - Realizar supervisão técnica do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB); e
- VIII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

4.3.2.6 Do Técnico em Saúde Bucal (TSB):

- I - Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- II - Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- IV - Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

- V - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- VI - Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- VII - Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- VIII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- IX - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- X - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- XI - Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- XII - Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- XIII - Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- XIV - Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; e
- XV - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

4.3.2.7 Do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

- I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- III - Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- IV - Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;
- V - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VII - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VIII - Processar filme radiográfico;

IX - Selecionar moldeiras;

X - Preparar modelos em gesso;

XI - Manipular materiais de uso odontológico; e

XII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

4.4 ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

4.4.1 Especificidades da Equipe de Saúde da Família

São itens necessários à Estratégia Saúde da Família:

I - Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal;

II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma eSF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas eSF e com carga horária total de 40 horas semanais; e

V - Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Serão admitidas também, além da inserção integral (40h), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família ou médicos de Família e Comunidade nas equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

I - Dois médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas – equivalente a um médico com jornada de 40 horas semanais –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família;

II - Três médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas – equivalente a dois médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de Saúde da Família;

III - Quatro médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas – equivalente a três médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de Saúde da Família;

IV - Dois médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família; e

V - Um médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família. Tendo em vista a presença do médico em horário

parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a esta especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com essa configuração são denominadas equipes transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência nesse formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que preveem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

A quantidade de equipes de Saúde da Família na modalidade transitória ficará condicionada aos seguintes critérios:

- I - Município com até 20 mil habitantes e contando com uma a três equipes de Saúde da Família poderá ter até duas equipes na modalidade transitória;
- II - Município com até 20 mil habitantes e com mais de três equipes poderá ter até 50% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;
- III - Municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes poderá ter até 30% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;
- IV - Município com população entre 50 mil e 100 mil habitantes poderá ter até 20% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória; e
- V - Município com população acima de 100 mil habitantes poderá ter até 10% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória.

Em todas as possibilidades de inserção do profissional médico descritas acima, considerando a importância de manutenção do vínculo e da longitudinalidade do cuidado, esse profissional deverá ter usuários adscritos de modo que cada usuário seja obrigatoriamente acompanhado por um agente comunitário de saúde, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um enfermeiro e um médico e preferencialmente por um cirurgião-dentista, um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, sem que a carga horária diferente de trabalho comprometa o cuidado e/ou processo de trabalho da equipe.

Todas as equipes deverão ter responsabilidade sanitária por um território de referência, sendo que, nos casos previstos nos itens “b” e “c”, poderão ser constituídas equipes com número de profissionais e população adscrita equivalentes a duas e três equipes de Saúde da Família, respectivamente.

As equipes de Saúde da Família devem estar devidamente cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente de acordo com conformação e modalidade de inserção do profissional médico. O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos

profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família podem se organizar nas seguintes modalidades:

I – Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar em saúde bucal (ASB);

II – Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB); e

III - Profissionais das Modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel. Independentemente da modalidade adotada, recomenda-se que os profissionais de saúde bucal estejam vinculados a uma eSF e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a eSF à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes.

Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez esses profissionais numa equipe já implantada, Modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, por meio de doação direta ou repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

4.5 ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica, com vistas à implantação gradual da Estratégia Saúde da Família ou como forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica. São itens necessários à implantação desta estratégia:

I - A existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no sistema de cadastro nacional vigente, que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;

II - A existência de um enfermeiro para até, no máximo, 12 ACS e, no mínimo, quatro, constituindo, assim, uma equipe de agentes comunitários de saúde; e

III - O cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, composta por ACS e enfermeiro supervisor.

Fica garantido o financiamento das equipes de agentes comunitários de saúde já credenciadas em data anterior a esta portaria que não estão adequadas ao parâmetro de um enfermeiro para, no máximo, 12 ACS, porém extinta a possibilidade de implantação de novas equipes com essa configuração a partir da publicação desta portaria. Cada ACS deve realizar as ações previstas nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas.

O enfermeiro da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, além das atribuições de atenção à saúde e de gestão comuns a qualquer enfermeiro da atenção básica descritas nesta portaria, tem a atribuição de planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, comum aos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, e deve ainda facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e os ACS, contribuindo para a organização da atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas equanimemente conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros.

4.6 EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

4.6.1 Equipes do Consultório na Rua

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para a atenção básica.

Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos Consultórios na Rua, que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

As equipes deverão realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações das Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil.

As equipes dos Consultórios na Rua deverão cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana.

As equipes dos Consultórios na Rua podem estar vinculadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e, respeitando os limites para vinculação, cada equipe será considerada como uma equipe de Saúde da Família para vinculação ao NASF.

Em municípios ou áreas que não tenham Consultórios na Rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os NASF do território onde essas pessoas estão concentradas. Para cálculo do teto das equipes dos Consultórios na Rua de cada município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

Caso seja necessário o transporte da equipe para a realização do cuidado in loco, nos sítios de atenção da população sem domicílio, o gestor poderá fazer a opção de agregar ao incentivo financeiro mensal o componente de custeio da unidade móvel. O gestor local que fizer essa opção deverá viabilizar veículo de transporte com capacidade de levar os profissionais da equipe, equipamentos, materiais e insumos necessários para a realização das atividades propostas, além de permitir que alguns procedimentos possam ser realizados no seu interior.

Essa unidade móvel deverá estar adequada aos requisitos pactuados e definidos nacionalmente, incluindo o padrão de identificação visual. O Ministério da Saúde publicará portaria específica e manual técnico disciplinando a composição das equipes, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de Consultórios na Rua, entre outras disposições.

4.6.2 Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense Considerando as especificidades locais, os municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul podem optar entre dois arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do País:

I - Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial; e

II - Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

As equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais deverão ser compostas, durante todo o período de atendimento à população, por, no mínimo: um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um técnico ou auxiliar de enfermagem e seis a 12 agentes comunitários de saúde.

As equipes de Saúde da Família Ribeirinhas devem contar ainda, nas regiões endêmicas, com um microscopista. As equipes de Saúde da Família Fluviais devem contar ainda com um técnico de laboratório e/ou bioquímico. Essas equipes poderão incluir na composição mínima os profissionais de saúde bucal, um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, e um técnico ou auxiliar em saúde bucal, conforme Modalidades I e II descritas anteriormente.

As equipes de Saúde da Família Ribeirinhas deverão prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente à 8h/dia) e dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações. Os agentes comunitários de saúde deverão cumprir 40h/semanais de trabalho e residir na área de atuação. São recomendáveis as mesmas condições para os auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal.

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) devem:

I - Funcionar, no mínimo, 20 dias/mês, com pelo menos uma equipe de Saúde da Família Fluvial. O tempo de funcionamento dessas unidades deve compreender o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento direto à população ribeirinha. Em uma UBSF, pode atuar mais de uma eSFF a fim de compartilhar o atendimento da população e dividir e reduzir o tempo de navegação de cada equipe. O gestor municipal deve prever tempo em solo, na sede do município, para que as equipes possam fazer atividades de planejamento e educação permanente junto com outros profissionais e equipes. Os agentes comunitários de saúde deverão cumprir 40h/semanais e residir na área de atuação. São recomendáveis as mesmas condições para os auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal;

II - Nas situações nas quais for demonstrada a impossibilidade de funcionamento da Unidade Básica de Saúde Fluvial pelo mínimo de 20 dias devido às características e dimensões do território, deverá ser construída justificativa e proposição alternativa de funcionamento, aprovada na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite

(CIB) e encaminhada ao Ministério da Saúde para avaliação e parecer redefinindo tempo mínimo de funcionamento e adequação do financiamento, se for o caso;

III - Adotar circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos até 60 dias, para assegurar a execução das ações de atenção básica pelas equipes, visando minimamente à continuidade de pré-natal, puericultura e cuidado continuado de usuários com condições crônicas dentro dos padrões mínimos recomendados;

IV - Delimitar área de atuação com população adscrita, acompanhada por agentes comunitários de saúde, compatível com sua capacidade de atuação e considerando a alínea II;

V - As equipes que trabalharão nas UBSF deverão garantir as informações referentes à sua área de abrangência. No caso de prestar serviços em mais de um município, este deverá garantir a alimentação das informações de suas respectivas áreas de abrangência.

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) deverão cumprir, cumulativamente, os seguintes requisitos:

I - Quanto à estrutura física mínima, devem dispor de: consultório médico; consultório de enfermagem; consultório odontológico; ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiros; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha; sala de procedimentos; identificação segundo padrões visuais da Saúde da Família estabelecidos nacionalmente; e

II - Quanto aos equipamentos, devem dispor, no mínimo, de: maca ginecológica; balança adulto; balança pediátrica; geladeira para vacinas; instrumentos básicos para o laboratório: macro e microcentrífuga e microscópio binocular, contador de células, espectrofotômetro e agitador de Kline, autoclave e instrumentais; equipamentos diversos: sonar, esfigmomanômetros, estetoscópios, termômetros, medidor de glicemia capilar, equipo odontológico completo e instrumentais.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas será publicado em portaria específica e poderá ser agregado de um valor caso elas necessitem de transporte fluvial para a execução de suas atividades.

O valor do incentivo mensal para custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica, com uma modalidade sem profissionais de saúde bucal e outra com esses profissionais.

Devido à grande dispersão populacional, os municípios poderão solicitar ampliação da composição mínima das equipes de Saúde da Família Fluviais e equipes de Saúde da Família

Ribeirinhas conforme o quadro abaixo, fazendo jus a um incentivo para cada agregação a ser definido em portaria específica:

Quadro 1 – Composição mínima das equipes

| Profissionais | Critério para solicitação de ampliação da equipe | Máximo |
|-----------------------------------|---|---------------|
| Agente comunitário de Saúde | Trabalhador vinculado a, no mínimo, 100 pessoas | 12 |
| Auxiliar ou técnico de enfermagem | Trabalhador vinculado a, no mínimo, 500 pessoas | 4 |
| Técnico em saúde bucal | Trabalhador vinculado a, no mínimo, 500 pessoas | 1 |
| Enfermeiro | Trabalhador vinculado a, no mínimo, 1.000 pessoas | 2 |

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

Para implantar equipes de Saúde da Família Ribeirinhas nos municípios onde o teto de cobertura de equipes de Saúde da Família já tenha sido atingido, estas devem ser substituídas pela nova modalidade de equipe mediante aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais e as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas poderão prestar serviços a populações de mais de um município, desde que celebrado instrumento jurídico que formalize a relação entre os municípios, devidamente aprovado na respectiva CIR e CIB.

Para implantação de equipes de Saúde da Família Fluviais e equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, os municípios deverão seguir o fluxo previsto para a implantação de equipes de Saúde da Família.

4.7 NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade.

São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes.

Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica).

Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, Cerest, Ambulatórios Especializados etc.), além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.

Todas as atividades podem se desenvolver nas Unidades Básicas de Saúde, Academias da Saúde ou em outros pontos do território.

Os NASF devem utilizar as Academias da Saúde como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição.

Quando presente no NASF, o profissional sanitário pode reforçar as ações de apoio institucional e/ou matricial, ainda que não sejam exclusivas dele, tais como: análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades, apoio à discussão de informações e indicadores de saúde (bem como de eventos-sentinela e casos traçadores e analisadores), suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado

continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades de educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado etc.).

Os NASF podem ser organizados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2. A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro federal.

O NASF 1 deverá ter equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos entre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

- I - A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 horas semanais;
- II - Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e
- III - Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 80 horas de carga horária semanal.

O NASF 2 deverá ter equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos entre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

- I - A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 120 horas semanais;
- II - Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e
- III - Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal. Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

Os NASF 1 e 2 devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas que apoiam.

Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, às quais estão vinculados, não recomendada a existência de uma unidade de saúde ou serviço de saúde específicos para a equipe de NASF.

A organização do trabalho do NASF deve seguir as normas publicadas pelo Ministério da Saúde, destacando os Cadernos de Atenção Básica/Primária que tratam do tema, descrevendo as diretrizes, o processo de trabalho, as principais ferramentas e as ações de responsabilidade de todos os profissionais dos NASF a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família, equipes de atenção básica para populações específicas e/ou Academia da Saúde.

Define-se que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, oito e, no máximo, 15 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas. Excepcionalmente, nos municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense, poderá ser vinculado a, no mínimo, cinco e, no máximo, nove equipes.

Define-se que cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, três e, no máximo, 7 (sete) equipes de Saúde da Família.

Os NASF 3, que são suprimidos por esta portaria, se tornarão automaticamente NASF 2. Para isso, os municípios com projetos de NASF 3 anteriormente enviados ao Ministério da Saúde deverão enviar para a CIB documento que informa as alterações ocorridas. Fica garantido o financiamento dos NASF intermunicipais já habilitados em data anterior, porém extinta a possibilidade de implantação de novos a partir da publicação desta portaria.

Cada NASF poderá ser vinculado a, no máximo, três polos do Programa Academia da Saúde em seu território de abrangência, independentemente do tipo de NASF e da modalidade do polo implantado. Para cada polo vinculado à equipe do NASF, deverá existir pelo menos um profissional de saúde de nível superior com carga horária de 40 horas semanais ou dois profissionais de saúde de nível superior com carga horária mínima de 20 horas semanais cada, que será(ao) responsável(is) pelas atividades do Programa Academia da Saúde.

Este(s) profissional(is) deve(m) ter formação compatível e exercer função relacionada às atividades da Academia da Saúde.

Quanto ao NASF, compete às Secretarias de Saúde dos municípios e do Distrito Federal:

I - Definir o território de atuação de cada NASF de acordo com as equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas às quais eles estiverem vinculados;

II - Propiciar o planejamento das ações que serão realizadas pelos NASF, de forma compartilhada entre os profissionais (equipe de NASF, eSF e equipes de atenção básica para populações específicas);

III - Selecionar, contratar e remunerar os profissionais dos NASF, em conformidade com a legislação vigente nos municípios e Distrito Federal; e

VI - Disponibilizar espaço físico adequado nas UBS e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que comporão os NASF, não sendo recomendada estrutura física específica para a equipe de NASF.

4.8 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

‘O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada, por meio de ações de:

I - Avaliação clínica e psicossocial que objetivam identificar necessidades de saúde e garantir a atenção integral a elas na Rede de Atenção à Saúde;

II - Promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde, visando à promoção da alimentação saudável, à promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, à educação para a saúde sexual e reprodutiva, à prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, à promoção da cultura de paz e prevenção das violências, à promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável; e

III - Educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens.

A gestão do PSE é centrada em ações compartilhadas e corresponsáveis. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde, de educação e das demais redes sociais se dá por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) – federal, estadual e municipal –, que são responsáveis pela gestão do incentivo financeiro e material, pelo apoio institucional às equipes de saúde e educação na implementação das ações, pelo planejamento, monitoramento e avaliação do programa.

Sobre o processo de implantação, credenciamento, cálculo dos tetos das equipes de atenção básica, e do financiamento do Bloco de Atenção Básica:

5. IMPLANTAÇÃO E CREDENCIAMENTO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

Para implantação e credenciamento das equipes de atenção básica, descritas neste anexo, os municípios e o Distrito Federal deverão:

- I - Realizar projeto(s) de implantação das equipes de Saúde da Família, com ou sem os profissionais de saúde bucal, das equipes de agentes comunitários de saúde, das equipes de atenção básica para populações específicas e do NASF. Os itens que devem minimamente constar do projeto estão descritos no anexo B desta portaria;
- II - Aprovar projeto elaborado nos Conselhos de Saúde dos municípios e encaminhá-lo à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;
- III - Cadastrar os profissionais das equipes, previamente credenciadas pelo Estado conforme decisão da CIB, no SCNES, e alimentar os dados no sistema de informação que comprove o início de suas atividades, para passar a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas; e
- IV - Solicitar substituição, no SCNES, de categorias de profissionais colocados no projeto inicial caso exista a necessidade de mudança, sendo necessário o envio de um ofício ao Estado justificando essa alteração.

Para implantação e credenciamento das referidas equipes, as Secretarias Estaduais de Saúde e o Distrito Federal deverão:

- I - Analisar e encaminhar as propostas de implantação das equipes elaboradas pelos municípios e aprovadas pelos Conselhos Municipais à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no prazo máximo de 30 dias, após a data do protocolo de entrada do processo na Secretaria Estadual de Saúde ou na instância regional;

II - Após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de equipes, suas diferentes modalidades e composições de profissionais com as respectivas cargas horárias que farão jus ao recebimento de incentivos financeiros da atenção básica;

III - Submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das equipes nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;

IV - Submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das equipes a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada; e

V - Responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, controle e avaliação da utilização dos recursos de incentivo dessas equipes.

5.1 CÁLCULO DO TETO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

Para o cálculo do teto máximo de equipes de Saúde da Família, de agentes comunitários de saúde, de equipes de Saúde Bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, a fonte de dados populacionais utilizada será a mesma vigente para cálculo do recurso per capita definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

A) Saúde da Família com ou sem os profissionais de saúde bucal – o número máximo de eSF com ou sem os profissionais de saúde bucal pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população/2.400.

B) Agentes comunitários de saúde – o número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população/400. Para municípios dos Estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população da área urbana/400 + população da área rural/280.

C) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – o número máximo de NASF 1 aos quais os municípios e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas:

I - Para municípios com menos de 100.000 habitantes da Amazônia Legal = número de eSF do município/5; e

II - Para municípios com 100.000 habitantes ou mais da Amazônia Legal e para municípios das demais Unidades da Federação = número de eSF do município/8. O número máximo de NASF 2 aos quais o município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de um NASF 2.

D) O teto máximo de equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial e equipes de Consultório na Rua será avaliado posteriormente, de acordo com cada projeto.

6 DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento da atenção básica deve ser tripartite. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de atenção básica à saúde compõe o Bloco de Financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do Bloco de Financiamento de Investimento. Seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de atenção básica descritas na RENASES e nos planos de saúde do município e do Distrito Federal.

Os repasses dos recursos do Bloco AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para esse fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos Estados e do Distrito Federal.

O Ministério da Saúde definirá os códigos de lançamentos, assim como seus identificadores literais, que constarão nos respectivos avisos de crédito, para tornar claro o objeto de cada lançamento em conta. O aviso de crédito deverá ser enviado ao secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo.

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas ficarão, permanentemente, à disposição dos conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo.

Os municípios deverão remeter, por via eletrônica, o processamento da produção de serviços referentes ao Bloco AB ao Ministério da Saúde ou à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com o cronograma pactuado. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito

Federal devem enviar as informações ao DATASUS, observando o cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

De acordo com o artigo 6º do Decreto nº 1.651/95, a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1.232/94, que trata das transferências, fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Da mesma forma, a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou município e à Câmara Municipal.

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada, seja na prestação de contas, seja quando solicitada pelos órgãos de controle, mediante a apresentação de:

- I - Relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos;
- II - Demonstrativo sintético de execução orçamentária;
- III - Demonstrativo detalhado das principais despesas; e
- IV - Relatório de gestão. O relatório de gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de atenção básica.

6.1 O FINANCIAMENTO FEDERAL

O financiamento federal é composto pelos seguintes itens:

- A) Recursos per capita;
- B) Recursos para projetos específicos, tais como os recursos da Compensação das Especificidades Regionais (CER), do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, recursos de investimento/estruturação e recursos de estruturação na implantação;
- C) Recursos de investimento;
- D) Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem as equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal, de agentes comunitários de saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, de Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, de Atenção Domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE), microscopistas e Academia da Saúde;

E) Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);

Em relação ao item A (Recurso Per capita) - será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do município.

O recurso será calculado pela multiplicação da população de cada município e do Distrito Federal por um valor, fruto de pactuação tripartite, e devidamente publicado em portaria específica, levando em conta critérios de equidade.

A população de cada município e do Distrito Federal será a que for definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Em relação ao item B (Recursos para projetos específicos) , estão incluídos os recursos da CER, do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde e recursos de estruturação.

Parte dos recursos do Bloco AB poderá ser repassada para implantação e execução de ações e programas específicos definidos de maneira tripartite, entre eles:

1 Compensação de especificidades regionais

Trata-se de recursos transferidos com o objetivo de responder a especificidades de municípios, populações ou situações que exigem maior aporte de recursos, mas que não são devidamente contempladas nos demais componentes do Bloco AB. Os critérios de distribuição dos recursos e valores para cada Estado e para o Distrito Federal pactuados são definidos em portaria ministerial específica para esse fim. A utilização dos recursos da CER é definida por cada CIB, levando em conta os objetivos desse componente e pactuando projeto com finalidade, critérios, distribuição e utilização dos recursos, monitoramento e avaliação dos resultados. O projeto, os critérios, bem como a lista de municípios contemplados com seus respectivos valores, deverão ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação desse recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Colegiado Gestor do Distrito Federal.

Assim, os municípios podem receber um recurso complementar aos demais componentes do Bloco AB relacionados ao enfrentamento de especificidades geradoras de iniquidade, tais como: municípios mais pobres, com piores indicadores e maiores necessidades; municípios com maiores dificuldades de atração e fixação de profissionais e municípios isolados ou com problema de acesso; qualificação da atenção a populações sazonais, rurais, quilombolas, tradicionais, assentadas, isoladas; projetos cuja implantação se

dá mediante adesão e estão ligados ao enfrentamento da iniquidade por meio de ações de educação permanente, fortalecimento, modernização e qualificação da gestão, implantação de ações e alternativas que enfrentem entre os municípios iniquidades ligadas a qualquer um dos temas citados ou outros.

2 Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde:

Recursos destinados à estruturação da rede de serviços da atenção básica publicados em portaria específica com o montante disponibilizado por Unidade da Federação e cuja aplicação dos critérios de decisão é objeto de pactuação na CIT e nas CIB. Esses recursos serão transferidos fundo a fundo aos municípios que se adequem a esses critérios e depositados em conta específica.

Em relação ao item C (Recursos para Investimento / Estruturação) são recursos destinados à estruturação dos serviços e ações da atenção básica que podem ser repassados aos municípios/Estados fundo a fundo ou por meio de convênio.

Em relação ao item D (Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários): na implantação das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e dos NASF, os municípios e/ou o Distrito Federal receberão recursos específicos para estruturação das Unidades Básicas de Saúde, visando à melhoria da infraestrutura física e de equipamentos para o trabalho das equipes.

Esses recursos serão repassados na competência financeira do mês posterior à implantação das equipes.

D.1 Recursos de Implantação

Em caso de redução do número de equipes, o município ou o Distrito Federal não fará jus a novos recursos de implantação até que seja alcançado o número de equipes já implantado anteriormente.

D.2 Equipes de Saúde da Família (eSF):

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de eSF registrado no sistema de cadastro nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. São estabelecidas duas modalidades de financiamento:

1 Equipes de Saúde da Família Modalidade 1: atendem aos seguintes critérios:

I - Estiverem implantadas em municípios com população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; e

II- Estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido na alínea I e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de, no mínimo, 70 pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

*Obs.: Com a edição da Portaria 978/GM, de 16 de maio de 2012, só fazem jus ao recebimento na Modalidade 1: as ESF dos Municípios constantes do Anexo I da Portaria nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006; as ESF dos Municípios constantes do Anexo da Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definidos também na Portaria nº 90/GM; e as ESF que atuam em Municípios e áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), definidos na Portaria nº 2.920/GM/MS, de 3 de dezembro de 2008.

As equipes que na data de publicação desta portaria recebem como Modalidade 1 de financiamento, por qualquer um dos motivos listados abaixo, não terão decréscimo do recurso repassado atualmente, ainda que não enquadradas nos critérios acima descritos:

I - Pertencerem a municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS);

II- Pertencerem a municípios que têm Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7; e

III- Estiverem nas áreas do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci).

2 Equipes de Saúde da Família Modalidade 2: implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Quando um município, por aumento da população, deixar de ter direito ao valor da Modalidade 1, deverá ser realizada etapa de transição durante o ano da mudança que busque evitar a perda nominal acentuada de recursos do Bloco de Atenção Básica.

3 As equipes de Saúde da Família com diferentes inserções do profissional médico receberão recursos de acordo com sua modalidade e segundo a descrição abaixo:

3.1 Dois médicos integrados a uma única equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a um médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do financiamento para uma eSF Modalidade I ou II.

3.2 Três médicos cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a dois médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do financiamento para duas eSF Modalidade I ou II.

3.3 Quatro médicos com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a três médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes), com repasse integral do financiamento para três eSF Modalidade I ou II.

3.4 Dois médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse de 85% do financiamento para uma eSF Modalidade I ou II.

3.5 As eSF na modalidade transitória: um médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, o município receberá repasse mensal equivalente a 60% do valor do incentivo financeiro para uma equipe, sendo vedada sua participação no Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade.

Quando as equipes de Saúde da Família forem compostas também por profissionais de saúde bucal, o incentivo financeiro será transferido a cada mês, tendo como base:

I - A modalidade específica dos profissionais de saúde bucal (eSB) que compõem a eSF e estão registrados no cadastro do SCNES no mês anterior ao da respectiva competência financeira; e

II- A modalidade de toda a equipe de Saúde da Família, conforme descrito acima e relacionado às características dos municípios e da população atendida. Assim, se ela faz parte de uma eSF Modalidade I, tem 50% de acréscimo no incentivo financeiro específico.

D.3 Equipes de Saúde da Família Para Comunidades Ribeirinhas e Fluviais

1 Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas: os valores dos incentivos financeiros para as que estão implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) registrado no sistema de cadastro nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas será publicado em portaria específica e poderá ser agregado um valor nos casos em que a equipe necessite de transporte fluvial para acessar as comunidades ribeirinhas adscritas para execução de suas atividades.

2 Equipes de Saúde da Família Fluviais: os valores dos incentivos financeiros para as que estão implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Unidades

Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) registrado no sistema de cadastro nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica, com uma modalidade sem profissionais de saúde bucal e outra com esses profissionais. Os critérios mínimos para o custeio das unidades preexistentes ao Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais também serão publicados em portaria específica.

D.4 Equipes do Consultório na Rua

Os valores do incentivo financeiro para as equipes dos Consultórios na Rua implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base a modalidade e o número de equipes cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua farão jus serão definidos em portaria específica, conforme sua modalidade e a necessidade de custeio para transporte da equipe.

O início do repasse mensal do incentivo ocorrerá após a publicação de portaria de habilitação ao custeio, que será emitida pelo Ministério da Saúde após a demonstração, pelo município, do cadastramento da equipe do Consultório de Rua no sistema de cadastro nacional vigente e da alimentação de dados no sistema de informação indicado pelo Ministério da Saúde que comprovem o início de suas atividades.

D.5 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF dependerá da sua categoria (1 ou 2) e será determinado em portaria específica. Os valores dos incentivos financeiros para os que estão implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES. O registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados nos NASF deverá ser realizado no sistema indicado pelo Ministério da Saúde, mas não gerará créditos financeiros.

D.6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de agentes comunitários de saúde registrados no sistema de cadastro nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do SCNES, no mês de agosto do ano vigente.

D.7 Microscopistas, Programa Saúde na Escola (PSE), Academia da Saúde e Atenção Domiciliar.

O repasse do recurso para microscopistas, PSE, Academia da Saúde e Atenção domiciliar, assim como seus respectivos valores, será definido em portarias específicas.

Sobre a efetivação do repasse dos recursos referentes ao item D:

A efetivação da transferência dos recursos financeiros descritos no item D tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem:

I - Transferir os dados mensalmente para o Departamento de Informática do SUS – DATASUS, por via magnética, de acordo com o cronograma definido anualmente pelo SCNES; e

II - A transferência dos dados para a base nacional do sistema de cadastro nacional vigente se dará após geração do arquivo pelo sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde para a atenção básica.

Os valores dos componentes descritos acima serão definidos em portarias específicas pelo Ministério da Saúde.

Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item D:

O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima nos casos em que for constatada, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

I - Inexistência de Unidade Básica de Saúde cadastrada para o trabalho das equipes; e/ou

II - Ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item D, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica; e/ou

III - Descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e

IV - Ausência de alimentação de dados no sistema de informação definidos pelo Ministério da saúde que comprovem o início de suas atividades. Especificamente para as equipes de Saúde da Família com os profissionais de saúde bucal:

As equipes de Saúde da Família que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional médico, enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem, conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação, contanto que adotem procedimento do SCNES preconizado pelo Ministério da Saúde.

Especificamente para o NASF:

I - Inexistência de, no mínimo, duas equipes de Saúde da Família/equipes de atenção básica para populações específicas, vinculadas ao NASF 1 para municípios com menos de 100.000 hab. da Amazônia Legal; ou

II - Inexistência de, no mínimo, quatro equipes de Saúde da Família/equipes de atenção básica para populações específicas, vinculadas ao NASF 1 no restante do País; e/ou

III - Inexistência de, no mínimo, uma equipe de Saúde da Família/equipes de atenção básica para populações específicas, vinculadas ao NASF 2.

Sendo consideradas para esse fim as equipes completas de Saúde da Família/equipes de atenção básica para populações específicas, ou equipes incompletas por período de até 60 dias.

Especificamente para os Consultórios na Rua:

I - Ausência de vinculação à equipe de Saúde Bucal cadastrada para o trabalho das equipes.

Da solicitação de crédito retroativo dos recursos referentes ao item D:

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios na transferência dos arquivos realizada pelos municípios, o Distrito Federal e os Estados, o Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS) poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros desse recurso variável (D), com base em solicitação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). Essa retroatividade se limitará aos seis meses anteriores ao mês em curso.

Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

I - Preencher a planilha constante do Anexo III a esta portaria, para informar o tipo de incentivo financeiro que não foi creditado no Fundo Municipal de Saúde ou do Distrito Federal, discriminando a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com os respectivos profissionais que a compõem;

II - Imprimir o relatório de produção das equipes de atenção básica referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência dos recursos; e

III - Enviar ofício à Secretaria de Saúde do Estado, pleiteando a complementação de crédito, acompanhado da planilha referida no item I e do relatório de produção correspondente. No caso do Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II.

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), por meio do Departamento de Atenção Básica, procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada, se houve suspensão do crédito em virtude da constatação de irregularidade no funcionamento das equipes e se a situação de qualificação do município ou do Distrito Federal, na competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

Em relação ao item E (recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade), tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

Há um esforço do Ministério da Saúde em fazer com que parte dos recursos induza a ampliação do acesso, a qualificação do serviço e a melhoria da atenção à saúde da população. Esses recursos devem ser repassados em função de programas que avaliem a implantação de processos e a melhoria de resultados como o PMAQ.

O PMAQ tem como objetivo ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na atenção básica. Ele se dá por meio de monitoramento e avaliação da atenção básica, e está atrelado a um incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem ao programa. O incentivo de qualidade é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes e gestão municipal. Esse incentivo será transferido a cada mês, tendo como base o número de equipes cadastradas no programa e os critérios definidos em portaria específica do PMAQ.

6.2 REQUISITOS MÍNIMOS PARA MANUTENÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS DO BLOCO DA ATENÇÃO BÁSICA:

Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do Bloco da Atenção Básica são aqueles definidos pela legislação federal do SUS.

O plano de saúde municipal ou do Distrito Federal e a programação anual de saúde aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde devem especificar a proposta de organização da atenção básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica.

O relatório de gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de atenção básica.

6.3 DA SUSPENSÃO DO REPASSE DE RECURSOS DO BLOCO DA ATENÇÃO BÁSICA

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

- I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, relacionados na Portaria nº 3.462, de 11 de novembro de 2010; e
- II - For detectado, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES E DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

O projeto de implantação das equipes de Saúde da Família e/ou de Saúde Bucal, de agentes comunitários, de atenção básica para populações específicas e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família deve conter:

- I - O território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas;
- II - A infraestrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;
- III - O fluxo dos usuários para garantia da referência e contrarreferência e cuidado em outros pontos de atenção, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com a RENASES e protocolos estabelecidos pelos municípios, Estados e Ministério da Saúde;
- IV - A proposta para garantia da assistência farmacêutica básica;

- V - A descrição das principais ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da atenção básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;
- VI - O processo de gerenciamento e apoio institucional ao trabalho das equipes;
- VII - A forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária definida para cada profissional das equipes;
- VIII - A implantação do sistema de informação para atenção básica vigente no momento da implantação da equipe da atenção básica, incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;
- IX – O processo de avaliação do trabalho das equipes e a forma de acompanhamento dos indicadores da atenção básica;
- X - A contrapartida de recursos dos municípios e do Distrito Federal; e
- XI - No caso das equipes do NASF: os profissionais que vão compor os NASF, incluindo as justificativas da escolha, a identificação das equipes que cada núcleo vai apoiar, o planejamento e/ou a previsão de agenda compartilhada entre as diferentes equipes e a equipe dos NASF, que incluam ações individuais e coletivas, de assistência, de apoio pedagógico tanto das equipes quanto da comunidade e as ações de visita domiciliar, em qual(ais) UBS. O NASF será cadastrado no SCNES de acordo com o número de equipes que a ele está vinculado.

PORTARIA Nº 978, DE 16 DE MAIO DE 2012

Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e dispõe como responsabilidade do Ministério da Saúde a garantia de recursos financeiros para compor o financiamento da atenção básica;

Considerando a Portaria nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, que altera os critérios para a definição de modalidades das equipes de Saúde da Família dispostos na Política Nacional de Atenção Básica;

Considerando a Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008, que atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de equipes de Saúde da Família, Modalidade I, e de equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família;

Considerando a Portaria nº 2.920/GM/MS, de 3 de dezembro de 2008, que estabelece recursos financeiros para municípios com equipes de Saúde da Família que atuem em áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania; e Considerando a necessidade de revisar o valor estabelecido para o incentivo referente às equipes de Saúde da Família, às equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, resolve:

Art. 1º Fica definido o valor do incentivo financeiro para o custeio das equipes de Saúde da Família (eSF), implantadas em conformidade aos critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica.

§ 1º O valor do incentivo financeiro referente às eSF na Modalidade 1 é de R\$ 10.695,00 (dez mil, seiscentos e noventa e cinco reais) a cada mês, por equipe.

§ 2º Fazem jus ao recebimento na Modalidade 1 todas as eSF dos municípios constantes do Anexo I da Portaria nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, as eSF dos municípios constantes do Anexo da Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definidos também na Portaria nº 90/GM, e as eSF que atuam em municípios e áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), definidos na Portaria nº 2.920/GM/MS, de 3 de dezembro de 2008.

§ 3º O valor dos incentivos financeiros referentes às eSF na Modalidade 2 é de R\$ 7.130,00 (sete mil, cento e trinta reais) a cada mês, por equipe.

Art. 2º Ficam definidos os seguintes valores do incentivo financeiro para o custeio das equipes de Saúde Bucal (eSB) nas Modalidades 1 e 2, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica:

I - Para as eSB na Modalidade 1, serão transferidos R\$ 2.230,00 (dois mil, duzentos e trinta reais) a cada mês, por equipe; e

II - Para as eSB na Modalidade 2, serão transferidos R\$ 2.980,00 (dois mil, novecentos e oitenta reais) a cada mês, por equipe.

Parágrafo único. Fazem jus a 50% a mais sobre os valores transferidos referentes às eSB implantadas de acordo com as modalidades definidas no caput deste artigo todas as eSB dos municípios constantes do Anexo I da Portaria nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, e as eSB dos municípios constantes no Anexo da Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definido também na Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008.

Art. 3º Ficam definidos os seguintes valores do incentivo financeiro para o custeio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nas Modalidades 1 e 2, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica:

I - Para cada NASF Modalidade 1, serão transferidos R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) a cada mês; e

II - Para cada NASF Modalidade 2, serão transferidos R\$ 8.000,00 (oito mil reais) a cada mês.

Art. 4º Fica definido como valor de recurso para a implantação dos NASF, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica:

I - Para os NASF tipo 1, serão transferidos R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência de implantação de cada NASF 1; e

II - Para os NASF tipo 2, serão transferidos R\$ 8.000,00 (oito mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência de implantação de cada NASF 2.

Art. 5º Os recursos orçamentários, de que trata esta portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD – Piso de Atenção Básica Variável – Saúde da Família.

Art. 6º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência março de 2012.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA